



Selkeäkieliset potilasohjeet tyypin 2 diabeetikoille

Peura, Tanja

Telamo, Vaula

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Selkeäkieliset potilasohjeet tyypin 2 diabeetikoille

Peura Tanja
Telamo Vaula
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Lokakuu, 2013

Peura Tanja ja Telamo Vaula

Selkeäkieliset potilasohjeet tyypin 2 diabeetikoille

Vuosi	2013	Sivumäärä	43
-------	------	-----------	----

Opinnäytetyö on osa Pumppu-hanketta, jossa perusturvakuntayhtymä Karviainen oli yhteistyökumppanina. Pumppu-hanke on ylimaakunnallinen hanke, jota rahoittaa Päijät-Hämeen liitto ja Etelä-Suomen maakuntien EU-yksikkö. Laurea-ammattikorkeakoulu on Pumppu-hankkeen yksi osatoteuttajista. Laurean osahankkeen yhtenä kohdejoukkona ovat diabetespotilaat, joihin opinnäytetyö liittyi. Hankkeessa pyritään tukemaan potilaiden hoitopolkua uudella tavalla palveluin, jotta tuloksena syntyisi saumaton hyvinvointipolku.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selkeäkielisten potilasohjeiden kehittäminen diabeetikoille. Ohjeita kehitettiin yhteistyössä perusturvakuntayhtymä Karviaisen alueen diabeteshoitajien kanssa. Kohderyhmäksi tarkentui diabeteshoitajien haastatteluissa 2 tyypin diabetesta sairastavat keski-ikäiset tai sitä iäkkäämmät potilaat. Työyhteisöllä oli käytössään kirjallista materiaalia ryhmäohjaustilaisuuksia varten, mutta heillä ei ollut potilaille mukaan annettavaksi ohjeita ryhmäohjauksen aiheista. Kehittämistyön tavoitteena oli, että diabeteshoitajilla olisi mukaan annettava selkeäkielinen potilasohje ryhmäohjauksessa käsitellyistä aiheista. Tässä työssä tuotettujen kahden potilasohjeen vaatimuksiksi asetettiin selkeäkielisyys ja toimivuus siten, että ne olisivat helposti käyttöön otettavat.

Kehittämistoiminnan menetelmänä käytettiin juurruttamista, joka on monivaiheinen kehittämisprosessi. Juurruttamisen menetelmä mahdollisti hiljaisen tiedon käsittelyn sekä uuden tiedon luomisen. Opinnäytetyön ensimmäisessä vaiheessa kartoitettiin diabeteshoitajien ohjausmateriaalin tarpeita, jotka liittyivät heidän antamaansa potilasohjaukseen. Kartoituksen pohjalta ryhdyttiin työstämään potilasohjeita kahdesta tärkeimmiksi nousseista aiheista. Kehittämistoiminnan tuotoksena suunniteltiin ohjeet diabeteksessa huomioitavista asioista sekä ruokailun ja liikunnan merkityksestä diabeteksen hoidossa.

Johtopäätöksenä voitiin todeta, että kehittämissuunnitelma on onnistunut kehittämään työelämää sekä lopputulokset on arvioitu työelämän kannalta hyödyllisiksi tuotoksiksi. Potilasohjeita tul- laan jatkossa käyttämään diabetekseen liittyvän ryhmäohjauksen tukena.

Jatkokehityksenä ehdotettiin selkeäkielisten potilasohjeiden tekemistä siitä, mitä elimistössä tapahtuu kun diabetes puhkeaa ja sairaus etenee sekä insuliinihoidon aloittamisessa huomioitavista seikoista.

Asiasanat: diabetes, potilasohje, selkeä kieli, keski-ikä, juurruttaminen.

Peura Tanja and Telamo Vaula

Patient guides in plain language for patients with type 2 diabetes

Year	2013	Pages	43
------	------	-------	----

Our thesis is a part of Pumppu project, which had perusturvakuntayhtymä Karviainen as a co-operation partner. Interregional Pumppu project is financed by the Regional Council of Päijät-Häme and the EU unit of the regions of Southern Finland. Laurea University of Applied Sciences is one of the co-organisers of Pumppu project. One target group for the Laurea subproject are diabetes patients, which this thesis relates to. The objective of the Pumppu project is to develop services in a way that customers and service providers meet. The aim is to support patients in their care path to new services, thus resulting in a seamless welfare path. This thesis was assigned by perusturvakuntayhtymä Karviainen, which is a primary health and social care consortium in the town of Karkkila and the municipality of Vihti in the western Uusimaa.

The intent of this thesis was to develop plain language patient information for diabetes patients. The information was developed in cooperation with the locality's diabetes nurses. The target group became more precise during the interviews - middle-aged and older type 2 diabetes patients. The diabetes nurses had written material in place for group counselling sessions, but did not have handouts from the counselling topics to share with the patients.

The objective for the development work was to enable the diabetes nurses to provide better diabetes guidance to their patients using the two patient information guides we produced. The requirements set for the patient information guides were plain language and functionality, in view that they would be easy to introduce.

Dissemination was used as the development method. This multi-method assessment process enabled us to process tacit knowledge and to create new knowledge. The first phase of the thesis surveyed the requirements of diabetes nurses in connection with the patient counselling they gave. Based on the survey, we began working on patient information guides for two of the most important subjects. As a result of the development process, we created instructions on important issues that should be taken into consideration with diabetes, as well as the importance of diet and exercise in diabetes management.

It can be concluded that the development work has genuinely managed to improve the work life and the final results have been seen as beneficial for the work. The patient guides will in future be used to support diabetes related group counselling.

As a continuing development we suggest creating another two plain language patient guides for two other subjects.

Keywords: diabetes, patient guide, plain language, middle age, dissemination.

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Kehittämistoiminnan ympäristö	7
3	Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut	10
3.1	Diabetes	10
3.1.1	Tyypin 1 diabetes	12
3.1.2	Tyypin 2 diabetes	13
3.1.3	Ruokailu	17
3.1.4	Liikunta	19
3.2	Potilasohje	20
3.3	Selkeä kieli	22
3.4	Keski-ikä	24
4	Kehittämistoiminnan menetelmät	25
4.1	Laadullinen tutkimus	25
4.2	Juurruttaminen	27
5	Kehittämistoiminnan toteutus	29
6	Uusi toimintatapa	31
7	Kehittämistoiminnan arviointi	32
7.1	Eettiset ja salassapitokysymykset	33
7.2	Tutkimuksen luotettavuus	35
7.3	Oman opinnäytetyömme luotettavuus	36
	Lähteet	37
	Kuviot	40
	Liitteet	41
	Liite 1. Diabetesohje	41
	Liite 2. Ruokailu- ja liikuntaohje	42
	Liite 3. Arviointilomake	43

1 Johdanto

Opinnäytetyön aihe on ajankohtaisesti tärkeä, sillä Suomessa on diabetesta sairastavia tällä hetkellä yli 500 000 ja sairastuneiden määrä on jatkuvasti nousussa. On arvioitu, että tulevien 10 - 15 vuoden aikana voi diabetekseen sairastuneiden määrä jopa kaksinkertaistua. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (THL) mukaan diabeteksen hoitoon kuluu Suomessa noin 1,5 miljardia euroa vuodessa. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (THL) mukaan diabeteksen hoitoon kuluu Suomessa noin 1,5 miljardia euroa vuodessa. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (THL) mukaan diabeteksen hoitoon kuluu Suomessa noin 1,5 miljardia euroa vuodessa. (Käypä hoito 2011.)

Opinnäytetyö tehtiin osana Pumppu-hanketta, jossa perusturvakuntayhtymä Karviainen oli yhteistyökumppanina. Pumppu-hankkeen tavoitteena on kehittää palveluita siten, että asiakkaat ja palveluntarjoajat kohtaavat. Laurea ammattikorkeakoulun osahankkeeseen kuuluvat kolme keskeistä käsitettä ovat motivaatio, saumattomuus ja valtaistaminen. Motivaatiolla tarkoitetaan sellaisten toimenpiteiden liittämistä hoitopolkuun, joka lisää kansalaisten motivaatiota huolehtia omasta terveydestään. Saumattomuudella tarkoitetaan nopeaa ja varmaa tiedonkulkua asiakkaan ja palveluntarjoajien välillä. Valtaiistamisen tavoitteena on, että asiakas on tasavertainen asiantuntemusta omaava toimija. (Laurea 2012a.)

Opinnäytetyön tilaaja oli perusturvakuntayhtymä Karviainen, joka on 1.1.2009 toimintansa aloittaneen Karkkilan ja Vihdin perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kuntayhtymä Länsi-Uudellamaalla. Toiminnan järjestäminen kuntayhtymässä perustuu elämänkaarimalliin, joten perusturvakuntayhtymä Karviainen on jaettu ikäryhmittäin palvelukokonaisuuksiin. Palvelulinjoiksi nimitettäviä kokonaisuuksia ovat lasten ja nuorten, työikäisten sekä ikäihmisten palvelujen linjat. (Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2012.)

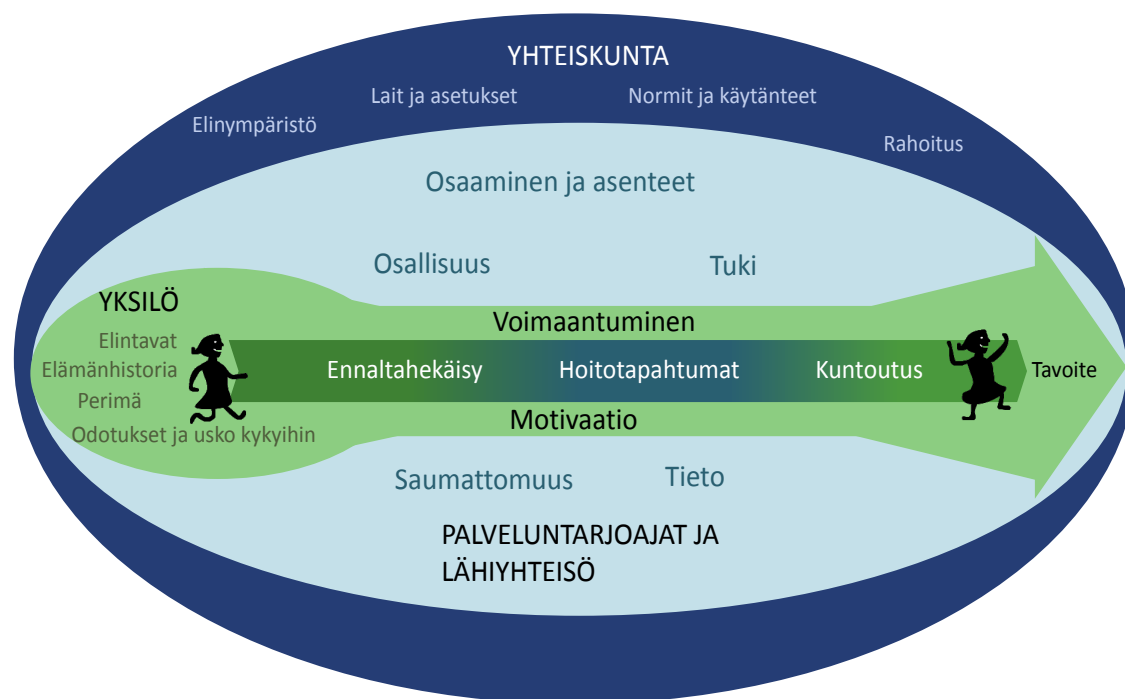
Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selkeäkielisten potilasohjeiden kehittäminen diabeetikkoille. Kohderyhmäksi tarkentui tyypin 2 diabetesta sairastavat keski-ikäiset tai sitä vanhemmat henkilöt. Käsittelimme tässä opinnäytetyössä aikuisen diabetesta sekä selkeän kielen käyttöä potilasohjeissa. Tavoitteena oli tuottaa kaksi selkeä kielistä potilasohjetta diabeteshoitajien ryhmäohjauksen tueksi. Vaikka diabeteshoitajilla oli käytössä laaja ohjausmateriaali ryhmäohjaustilanteeseen, niin heiltä puuttui potilaille mukaan annettavaa materiaalia aiheista. Opinnäytetyömme tuotoksena teimme kahteen työyhteisön mielestä tärkeään aiheeseen A4-kokoiset yhteenvedot kyseisellä ohjauskerralla käsitellyistä asioista.

Keskeisiä käsitteitä työssämme ovat potilasohje, tyypin 2 diabetes, selkeä kieli, keski-ikäinen ja juurruttaminen.

2 Kehittämistoiminnan ympäristö

Tämä opinnäytetyö on osa Pumppu-hanketta. Pumppu-hanke on ylimaakunnallinen hanke, jota rahoittaa Päijät-Hämeen liitto ja Etelä-Suomen maakuntien EU-yksikkö. Pumppu-hanke on teemahanke, jossa on kuusi eri osatoteuttajaa. Laurea-ammattikorkeakoulu on Pumppu-hankkeen yksi osatoteuttaja. Hankkeessa pyritään kehittämään ja edistämään Länsi-Uudellamaalla, neljän maakunnan alueella kansalaislähtöisiä monitoimijamalleja ja hyvinvointipalveluja. Pumppu-hankkeen tavoitteena on kansalaislähtöisesti kehittää uusia palvelukonsepteja ja toimintatapoja. (Niinistö-Sivuranta & Meristö 2013.)

Laurean osahankkeen yhtenä kohdejoukkona ovat diabetespotilaat, joihin opinnäytetyö liittyy. Hankkeessa pyritään tukemaan potilaan hoitopolkua uudella palveluilla, jotta tuloksesta syntyisi saumaton hyvinvointipolku (Laurea 2012a.) Sen lisäksi, että Pumppu-hanke nivoo palvelut kansalaislähtöiseksi saumattomaksi hyvinvointipoluksi, niin samalla se myös luo uuden toimintamallin, joka auttaa kehittämään ja parantamaan palveluita, joita kansalaiset tarvitsevat. Toimintamallin avulla voidaan kehittää palveluita myös tuleviin tarpeisiin luomalla uusia käytäntöjä. (Niinistö-Sivuranta & Meristö 2013.) Kuviossa 1 on esitetty saumattoman hyvinvointipolun tekijöitä.



Kuvio 1: Saumaton hyvinvointipolku (Tuohimaa ja Meristö 2012)

Perusturvakuntayhtymä Karviainen on yhteistyökumppani Pumppu-hankkeessa, jonka tavoitteena on saumattoman hyvinvointipolun toteuttaminen. Perusturvakuntayhtymä Karviainen on perusterveyden ja sosiaalitoimen kuntayhtymä Länsi-Uudellamaalla, joka muodostuu Vihdin kunnasta ja Karkkilan kaupungista. Asukkaita kuntayhtymän alueella on noin 37 800 ja henkilökuntaa kuntayhtymän eri tehtävissä noin 450 henkilöä. Toiminnan järjestäminen kuntayhtymässä perustuu elämäntaakamalliin, joten perusturvakuntayhtymä Karviainen on jaettu ikäryhmittäin palvelukokonaisuuksiin. Palvelulinjoiksi nimitettäviä kokonaisuuksia ovat lasten ja nuorten, työikäisten sekä ikäihmisten palvelujen linjat. (Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2012.)

Lapsille, nuorille ja lapsiperheille suunnattu palvelulinja on alueen perheille, joissa on alle 18-vuotiaita lapsia. Palvelulinjan muodostaa toiminnallinen kokonaisuus, jossa tehdään tiivistä yhteistyötä erilaisten järjestöjen kanssa. Toiminnallinen kokonaisuus sisältää eri muodoissaan kohderyhmän tukea antavat, edistävät ja korjaavat palvelut. (Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2012.)

Työikäisten palvelujen palvelulinja on tarkoitettu alueen täysi-ikäisille asukkaille ja perheille, joissa ei ole alaikäisiä lapsia. Palvelulinjan yksi tärkeimmistä palveluista on työssä käymisen mahdollistaminen siten, että henkilöä tuetaan tarpeen mukaan eri tukikeinoin. Palvelulinja tekee yhteistyötä ammatillisen koulutuspalvelujen ja työhallinnon kanssa, tämän onnistumiseksi. (Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2012.)

Ikäihmisten palvelulinjan piiriin kuuluu erilaisia vanhusten hoito-, hoiva-, kuntoutus sekä tukipalveluja. Nämä palvelut ovat tarkoitettu yli 65-vuotiaille. Palveluilla tuetaan kotona asumista eri tavoin ja niiden päällimmäinen tavoite onkin mahdollistaa täysipainoisen elämän eläminen korkeaan ikään saakka omassa kodissa, tukemalla ja varmistamalla tarpeen mukainen hoito. Myös palveluasumisella voidaan tukea tätä. Tärkeää on myös vuorovaikutus yhdyskuntarakentamisen toimijoiden kanssa esteettömän liikkumisen parantamiseksi. (Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2012.)

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus järjestää lakisääteisiä sosiaali- ja terveydenhuollon avovastaanotto- palveluita perusturvakuntayhtymä Karviaisen alueen asukkaille. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus on jaettu palveluiden suhteen kahteen eri toimintasektoriin, vastaanottopalveluihin ja työterveyspalveluihin. Tavoitteena palveluilla on turvata alueen asukkaiden terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen, edistäminen ja omien voimavarojen vahvistaminen. (Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2012.)

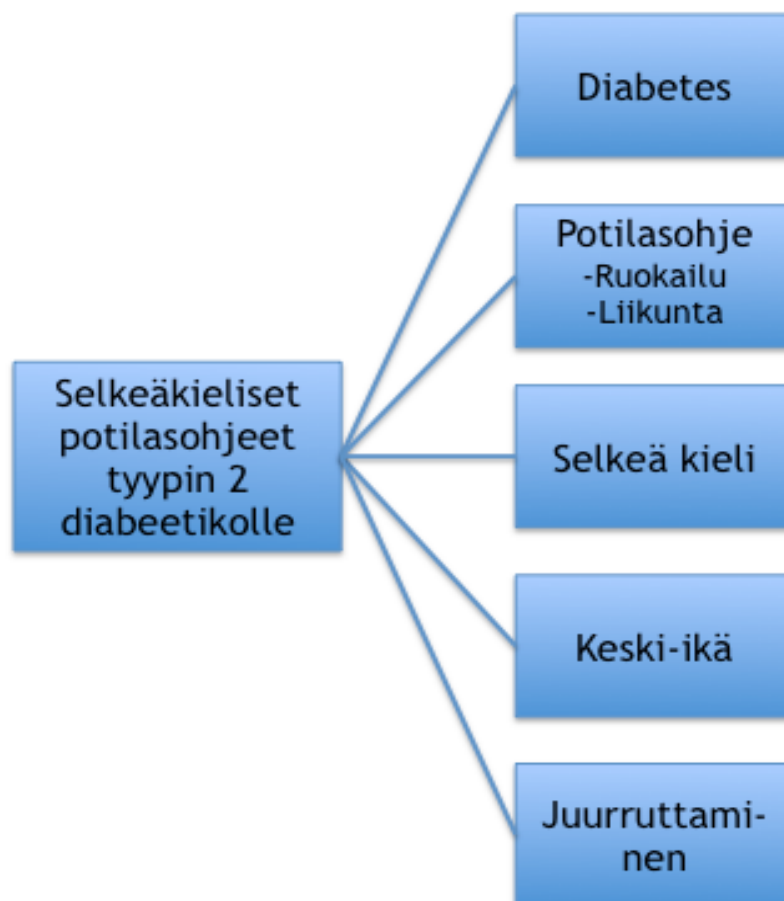
Perusturvakuntayhtymä Karviaisen asiakas- ja potilastyössä näkyy hoitotyöntoimintafilosofia, jota ohjaa eettiset periaatteet ja arvot. Hoitotyössä on tavoitteena ihmisten hoito ja tukemi-

nen siten, että heidän voimavaransa ja elämänlaatunsa kohenisi. Työntekijät toimivat potilaslähtöisesti, huomioiden potilaat kokonaisvaltaisesti. Potilaita kohdellaan oikeudenmukaisesti ja ohjataan oikeanlaisen hoidon piiriin. Ikäihmisten palvelulinjan arvoja ovat: myönteisyys, uudistuminen, oikeudenmukaisuus, vastuullisuus ja osallisuus. (Perustuvakuntayhtymä Karvainen 2012.)

Karkkilan ja Nummelan terveysasemien diabeteshoitajien vastaanotoilla käyvistä potilaista valtaosa sairastaa tyypin 2 diabetesta. Iältään potilaan ovat keski-ikäisiä tai sitä vanhempia. Potilasmäärät ovat jatkuvasti olleet kasvussa, joten ajankäyttö entisillä resursseilla osoittautui haasteelliseksi. Valtaosa potilaista käy diabeteshoitajilla yksilöohjauksessa, mutta jatkossa tulisi ryhmämuotoista ohjausta lisätä. Diabeteshoitajat ovat käyneet ryhmäkeskustelukoulutuksen ja heillä on käytettävissä ryhmäohjausmateriaalia useampaan diabetekseen liittyvään aiheeseen, mutta heiltä puuttui potilaille mukaan annettavaa materiaalia aiheesta. (Mansikkamäki 2013.)

3 Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut

Pääkäsitteiksi opinnäytetyössä muodostui diabetes, potilasohje, selkeä kieli, keski-ikä ja juurruttaminen, jota käytettiin menetelmänä uuden toimintatavan käytäntöön saattamisessa. Alla olevassa kuviossa ovat teoreettiset lähtökohdat, jotka ovat opinnäytetyön keskeiset käsitteet (kuvio 2).



Kuvio 2: Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

3.1 Diabetes

Diabetes on yksi nopeimmin lisääntyvistä sairauksista niin Suomessa kuin muuallakin maailmassa. Yli 500 000 suomalaista on sairastunut diabetekseen, osa tietämättään. Diabeteksen hoitokulut vievät noin 15 prosenttia terveydenhuollon menoista. Diabeetikoiden määrä on nopeasti lisääntymässä, sillä arvioidaan, että sairastuneiden määrä voi jopa kaksinkertaistua seuraavien 10-15 vuoden aikana. Diabetes jaotellaan yleensä tyypin 1 ja tyypin 2 diabetekseen, mutta todellisuudessa nämä edustavat sairauden kahta ääripäätä, joiden väliin mahtuu paljon potilaita joiden sairaudella on piirteitä molemmista tyypeistä. (Käypä hoito 2011.)

Diabetes mellitus on energia-aineenvaihdunnan häiriö, joka aiheuttaa kohonnutta veren sokeripitoisuutta sekä häiriöitä hiilihydraatti-, valkuaisaine- ja rasva-aineenvaihdunnassa. Diabetes oireilee joko insuliinihormonin puutteesta tai sen toiminnan heikentymisestä johtuen. Diabetes johtuu haiman endokriinisen, eli umpieritteisen osan toimintahäiriöstä. Insuliinin tehtävä on siirtää sokeri verestä kudosten energialähteeksi, mutta insuliinivaikutuksen puuttuessa lihasten sokerin käyttökyky heikkenee ja maksa tuottaa sokeria liian paljon. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2010, 538.)

Diabeteksen toteaminen perustuu veren plasmasta mitattuun sokeripitoisuuteen, joka diabeteksessa on poikkeuksellisen korkea. Mikäli diabetes on kehittynyt jo pidemmälle voi tyypillisten oireiden ilmeneminen helpottaa toteamista, mutta silloinkin on asia varmistettava plasman sokerin mittauksella. Kohonneiden sokeriarvojen tyypillisimpinä oireina voidaan pitää virtsanerityksen lisääntymistä, janon tunnetta, tahatonta laihtumista sekä poikkeuksellista väsymystä. Sokeriaineenvaihdunnan häiriintyminen kehittyy asteittain normaalista poikkeavaksi sekä tyypin 1 että varsinkin tyypin 2 diabeteksessa. Maailman terveysjärjestö (WHO) on sopinut kansainväliset diabeteksen toteamiseen tarvittavat raja-arvot. Jos diabeteksen oireet ovat selvät, riittää taudin toteamiseen milloin tahansa tehty plasman sokeripitoisuuden määrittäminen jonka tulos ylittää 11mmol/l joka vastaa kahden tunnin sokerirasituskokeen raja-arvoja. Ilman selviä oireita on kyse diabeteksestä jos plasman sokeripitoisuus on toistuvasti yli 7mmol/l aamulla, kahdeksan tunnin paaston jälkeen. Kahden tunnin sokerirasituskoea käytetään myös edelleen diabeteksen diagnoosin varmistamiseksi. Terveen henkilön plasman sokeripitoisuus on korkeintaan 6mmol/l. (Saraheimo 2011, 26.)

Diabeteksen hoidon kannalta tulisi hyvään valtimoterveeseen liittyen kokonaiskolesterolin olla alle 5mmol/l. LDL-kolesteroli eli pahan kolesterolin osuus tulisi olla alle 3mmol/l. Henkilöillä, joilla on suurentunut valtimosairauden riski on LDL-tavoite alle 2,5 mmol/l ja jos riski on erityisen suuri, tulisi LDL-kolesterolin olla alle 1,8 mmol/l. Lääkäri määrittelee yksilöllisesti potilaan kolesteroliarvotavoitteet. (Tarnanen, Tikkanen, Syväne & Kukkonen-Harjula 2013.)

Verenpainetta tulisi seurata säännöllisesti, mittaustiheys määritellään yksilöllisesti. Vastaanotolla tehtävien mittausten lisäksi verenpainetta olisi hyvä seurata myös kotimittauksin. Kohonneen verenpaineen toteaminen perustuu toistettuihin istuvassa asennossa tehtyihin verenpaineen mittauksiin. Kohonneen verenpaineen raja on toistetuissa mittauksissa yli 140/90mmHg, riippumatta henkilön iästä. (Ilanne-Parikka 2011, 90.) Verenpainetason olisi diabeetikolla oltava alle 130/80mmHg. Mikäli potilaalla on merkittävä retinopatia eli silmän verkkokalvon sairaus, nefropatia eli munuaissairaus tai mikroalbuminuria, pyritään mahdollisuuksien mukaan alhaisempaan verenpainetasoon. Mikroalbuminuria on ensimmäinen merkki

munuaistoiminnan muuttumisesta. (Käypä hoito 2011.) Diabeteksen hoidon yleiset tavoitteet on kuvattu kuviossa 3.

Mittari	Tavoite	Huomioitavaa
HbA1c % (mmol/mol)	alle 7.0 (53)	Ellei vakavia hypoglykemioita (yksilöllinen tavoiteasettelu)
Paastoglukoosi (mmol/l)	4-6	Omamittauksissa
Aterian jälkeinen glukoosi (noin kaksi tuntia) (mmol/l)	alle 8	Omamittauksissa
LDL-kolesteroli (mmol/l)	alle 2.5	Kaikilla tyypin 2 diabeetikoilla ja tyypin 1 diabeetikoilla, joilla on mikroalbuminuria
	alle 1.8	Sairastettu valtimotapahtuma
Verenpaine (mmHg)	alle 130/80	

Kuvio 3: Diabeteksen hoidon yleiset tavoitteet (Käypä hoito 2011)

3.1.1 Tyypin 1 diabetes

Tyypin 1 diabetekseen voi sairastua missä iässä tahansa, vielä vanhuudessakin, mutta pääsääntöisesti sairastumisikä on alle 40-vuotiaana. Sairastumisen aiheuttajana on tietyn tyyppinen perimä yhdessä ympäristötekijöiden kanssa, joiksi epäillään virustulehduksia. Tyypin 1 diabeteksen puhkeamiseen johtava tapahtumaketju alkaa useimmiten jo vuosia ennen sairauden varsinaista puhkeamista. Diabetekselle tyypilliset oireet ilmenevät kuitenkin vasta kun insuliinia tuottavista soluista on jäljellä vain 10-20%. Diabetekselle altistavan perimän ja ulkoisten tekijöiden kohdatessa käynnistyy tyypin 1 diabeetikon elimistössä tapahtuma, jonka seurauksena elimistö tunnistaa virheellisesti haiman insuliinia tuottavan solukon vieraiksi soluiksi ja alkaa tuhota sitä. Haiman Langerhansin saarekesolut tuhoutuvat tyypin 1 diabeteksessä edellä mainitun tapahtuman seurauksena, joka johtaa vähitellen jopa täydelliseen insuliinin puutteeseen. Tämän vuoksi tyypin 1 diabeetikon elimistö on täysin riippuvainen insuliinipistoksista sillä ilman insuliinia elämä ei voi jatkua. (Saraheimo 2011, 28-30.)

Insuliinihoidon tavoitteena on pitää verensokeri insuliinin avulla mahdollisimman lähellä normaalia. Liian matalia verensokereita on vältettävä, mutta myös turhia rajoituksia. Sokeritasapainoon vaikuttavat monet asiat kuten insuliinihoito, insuliinin imeytyminen, syömiset, liikunta, stressi ja hormonitoiminnan vaihtelu. Hoidon onnistumisen edellytys on, että diabeetikko hyväksyy sairautensa osaksi elämäänsä, sillä hän on itse sairautensa hoidon varsinainen toteuttaja. Tavoitteena on että diabeetikko oppii itse tulkitsemaan verensokerin omamittauksien tuloksia ja arvioimaan ruokailun ja liikunnan vaikutusta verensokeriin ja tämän myötä säätämään itsenäisesti insuliinin tarvetta vaihtelevissa tilanteissa. (Ilanne-Parikka 2011, 254.)

Insuliinin tarve normaalipainoisella tyypin 1 diabeetikolla on yleensä noin 0,5-0,8 yksikköä painokiloa kohti vuorokaudessa. Tämän annostelun mukaan on 70 kg painava henkilön insuliinitarve yhteensä noin 35-56 yksikköä vuorokaudessa. Noin puolet vuorokauden kokonaisinsuliinista tulisi olla perusinsuliinia eli pitkävaikutteista insuliinia ja toinen puoli sitten ruokailun yhteydessä pistettävää ateriainsuliinia eli lyhytvaikutteista insuliinia. Perusinsuliinia annostellaan siten, että verensokeri on yöllä, aamulla ja ennen aterioita välillä 4-6mmol/l. Ateriainsuliinia annostellaan ruuan sisältämän hiilihydraattimäärän mukaan siten, että verensokeri on kaksi tuntia syömisen jälkeen korkeintaan 8mmol/l. Verensokerin vaihtelu kuuluu diabetekseen, sillä insuliinin ja ruuan imeytyminen ei ole aina yhdenmukaista eikä hiilihydraattien laskeminen ole aina mahdollista. Tilapäisistä verensokerin vaihteluista ei tarvitse huolestua mutta aterian yhteydessä kannattaa verensokeri pyrkiä korjaamaan tavoitetasolle ateriainsuliinia annostelemalla. Jos verensokerin arvot ovat toistuvasti liian korkeita tai matalia tiettyyn aikaan vuorokaudesta tulisi perusinsuliiniannosta säätää, jotta ei tarvitsisi korjata verensokeria ateriainsuliinilla jatkuvasti jälkikäteen. (Ilanne-Parikka 2011, 254-257.)

3.1.2 Tyypin 2 diabetes

Valtaosa eli 85 prosenttia suomalaisista diabeetikoista sairastaa tyypin 2 diabetesta. Sairastumisikä on useimmiten yli 35-vuotiaana ja puolet sairastuneista on yli 65-vuotiaita. Tyypin 2 diabetes on useimmiten pitkään oireeton tai hyvin vähäoireinen, jonka vuoksi se saatetaan todeta vasta lisäsairauksien ilmaantumisen yhteydessä. Kyse on vahvasti perinnöllisestä sairaudesta, joka esiintyy usein suvuittain. Diabeteksen oireet kehittyvät siitä, että sokeria erittyy virtsaan korkean verensokerin seurauksena. Tämä johtuu yleisimmin joko hoitamattomasta tai riittämättömästi hoidetusta sairaudesta. Virtsamäärät kasvavat, virtsaamistarve tihenee ja nesteen menetyksen seurauksena janontunne lisääntyy elimistön kuivumisesta johtuen. Huonoon hoitotasapainoon liittyy myös väsymys, sillä riittämätön insuliinintuotanto heikentää sokerin palamista energiaksi. (Saraheimo 2011, 9-31.)

Metaboliseen oireyhtymään liittyy elimistön heikentyneen insuliiniherkkyyden lisäksi alttius sydän- ja verisuonisairauksille. Merkittävimmät riskitekijät sekä metabolisen oireyhtymän että tyypin 2 diabeteksen kannalta ovat ylipaino, vyötärölihavuus, epäterveelliset ruokailutavat ja vähäiset liikuntatottumukset. Ensisijaista metabolisen oireyhtymän ehkäisyssä ja hoidossa on elintapojen muuttaminen, joka edesauttaa tyypin 2 diabetekseen sairastumisen ehkäisyssä (Ilanne-Parikka 2011, 10-11.)

Diabeteksen hoidon keskeisiä asioita ovat lääkehoito, elämäntapamuutokset ja potilasohjaus. Hoidon merkitys liittyy sekä äkillisten komplikaatioiden että myöhäiskomplikaatioiden hoitoon. Äkillisiä komplikaatioita ovat hypoglykemia eli matala verensokeri, joka on yleensä seurausta lääkehoitoon liittyvästä komplikaatiosta ja ketoasidoosi, joka on insuliininpuutteesta johtuva myrkytystila. Ketoasidoosissa veren sokeripitoisuus on noussut ja ketoaineiden eli

happojen määrä lisääntynyt voimakkaasti sekä veressä että virtsassa. Näiden komplikaatioiden välttäminen potilasohjauksen avulla on ensiarvoisen tärkeää. Myöhäiskomplikaatioista mikrovaskulaariset muutokset ovat pienten suonten muutoksia silmissä, hermostossa ja munuaisissa, kun taas makrovaskulaaritauti on isojen valtimosuonten, jalkojen, aivojen ja sydämen muutoksia. (Rintala, Kotisaari, Olli & Simonen 2008, 15-18.) Diabeteksen hoidon perusedellytys on potilaan omahoito sekä hänen halunsa sitoutua terveellisiin elämäntapoihin. Tyypin 2 diabeteksen hoito on paitsi verensokerin tasapainon hoitoa, myös kokonaisvaltaista valtimotaudin riskitekijöiden hallintaa. Pääpiirteet tyypin 2 diabeteksen hoidossa ovat laihduttaminen, liikunnan lisääminen sekä tarvittava lääkehoito. (Saraheimo 2011, 10-11.)

Rasva-aineenvaihdunnan häiriöt ja kohonnut verenpaine eivät yleensä aiheuta oireita, joten ne vaurioittavat verisuonia huomaamatta. Oireet saattavat tulla vasta vuosien kuluttua, kun valtimoissa ja hiusverisuonissa on jo pysyviä vaurioita. Sepelvaltimotaudin riski on suuri ja sen ehkäisyä pidetäänkin ensisijaisena tyypin 2 diabeteksen hoitotavoitteita määriteltäessä. Verensokerin, kolesterolin, rasva-arvojen ja verenpaineen pitää olla niin lähellä normaaliarvoja kuin mahdollista. Tyypin 2 diabetekseen liittyy myös lisääntynyt veritulppariski, joka johtuu veren hyytymistäipumuksesta. Tämän vuoksi monilla potilailla on käytössä pieni aspiriiniannos veritulppien ehkäisemiseksi. Huonossa hoitotasapainossa oleva diabetes aiheuttaa vaurioita myös hiusverisuonissa tyypillisesti silmäpohjissa, munuaisissa ja hermoissa. (Ilanne-Parikka 2011, 217-219.)

Motivaatio diabeteksen hyvään hoitamiseen alkaa sairastuneen omasta elämäntilanteesta, mutta siihen vaikuttaa moni asia kuten perhe, läheiset ja oma mieliala. Joskus hoidon esteeksi voi muodostua masennus tai hankala elämäntilanne, jolloin voimavaroja ei ole riittävästi. Diabetekseen sairastunut joutuu hankkimaan tietoa sairaudesta, hoitomuodoista, ruokavalion merkityksestä ja liikunnasta. Jotta tyypin 2 diabeetikko olisi keski-ikäisenä ja vanhempanakin hyvässä kunnossa, on hänen sitouduttava hoitoonsa, vaikka se vaatisi ruokavalio- ja elämäntapamuutosten lisäksi myös lääkehoitoa ja insuliinin käyttöä. (Ilanne-Parikka 2011, 217-219.) Lääkehoidon ohjauksen tulisi perustua potilaan omiin tarpeisiin ja olla yksilöllisesti muokattua. Ohjauksen tavoitteeksi tulisi asettaa lääkkeiden oikea ja tarkoituksenmukainen turvallinen käyttö sekä potilaan sitouttaminen hoitoon. Ohjausmenetelmistä on suullinen ohjaus käytetyin, mutta sen rinnalla on hyvä käyttää myös kirjallista materiaalia. (Heikkinen 2013, 111-115.) Tavoitteena tulisi olla nykyisen hyvinvoinnin lisäksi se, että myös tulevaisuudessa voi nauttia hyvästä elämästä (Ilanne-Parikka 2011, 217-219).

Verensokeria alentava lääkehoito aloitetaan useimmiten silloin, kun diabetes todetaan. Mikäli päädytään kokeilemaan ensin laihduttamisen ja liikunnan lisäämisen vaikutuksia ennen läkehoidon aloittamista on verensokerin seuranta silloinkin välttämätöntä. Verensokerin seuranta toteutetaan esimerkiksi kaksi kertaa viikossa ateriaparimittauksilla. Mittaukset tehdään ennen

ruokailua ja noin kaksi tuntia ruokailun jälkeen, seurantaan valitaan aamupalan ja päivän pääateria. Verensokeria olisi hyvä mitata myös joskus ennen liikuntaa ja liikunnan jälkeen. Tyypin 2 diabeteksessa näkee havainnollisesti itse verensokeria mittaamalla miten laihdutus, ruokavalinnat, liikuntatottumusten muutokset sekä lääkehoito vaikuttavat verensokeriin. (Ilanne-Parikka 2011, 220-223.)

Tyypin 2 diabeteksen peruslääkehoitoon kuuluu verensokeria alentavat valmisteet, jotka toimivat usealla eri mekanismilla. Lääkevalinnassa huomioidaan minkä häiriön hoitamiseen ensisijaisesti pyritään, insuliinin heikentyneen kudosaikutuksen vai insuliinin heikentyneen erityyksen hoitamiseen. Lääkettä valittaessa huomioidaan myös mahdollisen ylipainon määrä, kohonneiden verensokeriarvojen esiintymisajankohdat, verensokerin liiallisen laskun taipumus, lääkkeiden haittavaikutukset, potilaan ikä sekä munuaisten toiminta. Ensisijainen lääke tyypin 2 diabeteksen hoidossa on metformiini edellyttäen, että sille ei ole vasta-aiheita kuten munuaisten, maksan tai sydämen vajaatoimintaa. Metformiinia voidaan käyttää yksinään tai yhdessä muiden verensokeria alentavien lääkkeiden kanssa. Enemmistö diabeetikoista tarvitsee useita samanaikaisesti käytettäviä lääkkeitä, joiden vaikutusmekanismit ovat erilaisia. Lääkkeet vaikuttavat joko maksan sokerituotantoa vähentävästi, hiilihydraattien imeytymistä hidastavasti, insuliinieritystä haimasta lisäävästi tai rasvakudoksen ja lihasten insuliiniherkkyyttä lisäävästi. Lisäksi on käytössä valmisteita, jotka estävät hiilihydraattien pilkkoutumisessa tarvittavan entsyymien toimintaa ohutsuolessa. (Ilanne-Parikka 2011, 223-227.)

Tyypin 2 diabeteksessa on haiman insuliinia tuottavien solujen toimintahäiriö luonteeltaan etenevä, joten diabeetikon oma insuliinierityskyky heikkenee ajan myötä. Insuliinihoitoon pitää aina siirtyä, jos hoitotavoitteisiin ei muuten päästä. Päätös insuliinihoidon aloittamisesta tehdään aina yksilöllisesti diabeetikon kokonaistilanne ja sairauden vaihe huomioiden. Mikäli diabetes on kestänyt jo yli kymmenen vuotta ja verensokeriarvot ovat korkeat, on todennäköistä, että oma insuliinieritys on heikentynyt tai lääkkeiden teho loppunut. Tällöin on insuliinihoitoon siirtyminen välttämätöntä ja saatetaan tarvita jopa useampia insuliinipistoksia päivittäin. (Ilanne-Parikka 2011, 236-237.)

Perusinsuliinia tarvitaan aterioiden välillä ja yöllä erityisesti maksan sokerituotannon säätelyyn. Insuliinin tarve on aikuisilla pienimmillään puolen yön jälkeen ja suurimmillaan aamuisin. Aamuyön lisääntynyt insuliinintarve johtuu lisämunuaisten kortisonihormonin ja aivolisäkkeen kasvuhormonin erityksen vuorokausivaihteluista. Nämä hormonit ovat insuliinin vastavaikuttajahormoneja, sillä ne nostavat verensokeria lisäämällä maksan sokerituotantoa. (Ilanne-Parikka 2011, 260.)

Kun insuliinihoitoon siirtyminen on tarpeellista, ei pistosten aloittamista kannata pitkittää. Perusinsuliinina käytetään pitkävaikutteisia insuliineja, jotka kannattaa yleensä pistää illalla

ennen nukkumaan menoa. Perusinsuliinihoidossa on tavoitteena, että aamun verensokeri saadaan pääsääntöisesti välille 5-6 mmol/l ilman liian matalia verensokereita eli alle 4 mmol/l. Yksi perusinsuliinin pistos yhdistettynä päiväsaikaan otettaviin tabletteihin on usein sopiva valinta tyypin 2 diabeetikon insuliinihoidon aloituksessa. Tablettilääkkeiden yhdistäminen perusinsuliinin kanssa tehostaa pistetyn insuliinin vaikutusta ja voi estää painonnousua, joka on tavallista insuliinihoidon aloituksen yhteydessä. Mahdollinen painonnousu johtuu siitä, että veren sokeripitoisuuden vähenemisen myötä vähenee myös sokerin erittyminen ja energian hukkaaminen virtsaan. Kaikki syötävä energia jää silloin elimistöön kun siitä on aiemmin mennyt osa sokerina virtsaan, tämä edellyttää sitä, että ruokamääriä vähennetään aiemmasta painonnousun estämiseksi. Insuliini edistää ylimääräisen energian varastoitumista rasvaksi, joka voi lisätä insuliiniresistenssiä eli insuliini ei tehoa toivotulla tavalla. Energiansaannin tulisi vastata kulutusta, mutta ylipainoisella sen tulisi jäädä 300-500 kaloria alle päivittäisen energiatarpeen, jotta hidas laihtuminen olisi mahdollista. (Ilanne-Parikka 2011, 239-242.)

Useimmille diabeetikoille tulee välillä hetkiä jolloin sairauden vaatima hoito kyllästyttää. Silloin kannattaa ottaa yhteyttä omaan diabeteshoitajaan ja sopia keskusteluaika. Tässä tilanteessa kannattaa miettiä mikä verensokerin mittausajankohta on itselle tärkein ja yrittää suorittaa mittaus ainakin silloin, sillä yksi mittauskerta päivässä on parempi kuin täysi tietämättömyys omista verensokeriarvoista. Tavoitteena on että diabeteksen hoitaminen olisi osa tavallista arkea ilman että siitä tehdään liian suurta osaa elämästä. Insuliinipistoksia ei voi jättää tekemättä, mutta verensokerimittauksia voi välillä vähentää. (Ilanne-Parikka 2011, 275-276.)

Euroopan diabeteshoitajien järjestön konferenssiin Berliinissä osallistui syksyllä 2012 yli 500 diabeteksen hoidon ammattilaista, joista parikymmentä osallistujaa oli Suomesta. Diabeteksen hoitoa ja hoidon ohjausta käsiteltiin kaksipäiväisen konferenssin aikana monipuolisesti. Diabetes ja lääkäri lehdessä 1/2013 oli artikkeli, johon oli koottu mielenkiintoisia aiheita konferenssin esityksistä. Åsa Hörnsten on tehnyt useita tutkimuksia hoidonohjauksesta ja ryhmäohjauksesta Ruotsissa Uumajan yliopistossa. Hän suositteli tutkimustensa perusteella ryhmäohjausmenetelmää tyypin 2 diabeetikoiden hoitoon. Åsa Hörnsten painotti, että ryhmässä tapahtuva vuorovaikutus edistää diabeetikon ymmärrystä sairaudestaan. Hänen mukaansa sekä yksilö- että ryhmäohjaus ovat molemmat tehokkaita, mutta ryhmäohjauksen etuna on huomattava kustannussäästö. Ryhmäohjauksen tulokseen vaikuttaa toki se, miten usein ryhmä kokoontuu, tulokset paranevat kun ryhmä kokoontuu useammin. (Ohama & Valtonen 2013, 30-31.)

3.1.3 Ruokailu

Diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon suositellaan samaa ruokavaliota kuin koko väestölle ja lautasmallin avulla voidaan havainnollistaa aterian koostumusta. Diabeetikolle suositeltava ruokavalio sopii kaikille ja vaikuttaa myönteisesti koko perheen terveyteen. Diabeetikon on kiinnitettävä erityistä huomiota ruoan laatuun ja kokonaismäärään sekä säännölliseen ruokarytmiin. (Diabetesliitto 2008.)

Ravintokuidun saantisuositus on 35-40 grammaa vuorokaudessa. Ravintokuitu kulkee ihmisen ruuansulatuskanavan läpi sulamattomana, mutta sillä on kuitenkin monia myönteisiä vaikutuksia. Vesiliukoinen ravintokuitu hyytelöityy ruuansulatuskanavassa, mikä hidastaa hiilihydraatipitoisen ruuan pilkkoutumista suolistossa. Tämän seurauksena hiilihydraatit imeytyvät hitaasti vereen mikä vaikuttaa suotuisasti sekä verensokeriarvoihin että veren rasva-arvoihin. (Heinonen 2011, 128-137.)

Rasvojen valinnassa tärkeimmät huomioitavat seikat ovat rasvan laatu ja määrä. Rasvaisia ruokia kannattaa syödä hyvin maltillisesti, sillä rasva on ravintoaineista energiapitoisin. Rasvan laadulla on suuri merkitys sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyssä. Pehmeät rasvat vähentävät verisuonten kalkkeutumista kovaan rasvaan verrattuna. Suolaa suositellaan käytettävän korkeintaan 5 grammaa päivässä. Suolan saantia voi vähentää valitsemalla kaupasta vähäsuolaisia tuotteita sekä välttämällä ruokasuolan lisäämistä ruokaan. (Heinonen 2011, 139-148.)

Ruokakolmio (kuvio 4) on oiva apuväline terveellisen ruokavalion havainnollistamisessa. Siinä ruoka-aineet on ryhmiteltyä ravintosisällön sekä suositeltavan käyttötiheyden ja määrän mukaisesti. Kolmion ala- ja keskiosasta tulisi koota pääosa ruokavaliosta ja yläosassa olevia ruokia syödään harkiten ja kohtuullisia määriä. (Heinonen 2011, 121-124.)

Vihannekset ja juurekset sekä hedelmät ja marjat ovat hyvän ruokavalion perusta. Kasviksia voi syödä sellaisenaan tai tuoreina salaateissa ja raasteina, lämpiminä lisäkkeinä aterialla tai pääruokina. Kasvispohjainen ruokavalio on kevyt ja se sisältää tarpeellisia kivennäisaineita, vitamiineja sekä antioksidantteja. (Heinonen 2011, 121-124.)



Kuvio 4: Ruokakolmio (Diabetesliitto 2013)

Täysjyväisiä viljatuotteita on suositeltavaa syödä päivittäin monipuolisesti, sillä ne sisältävät runsaasti kuituja, vitamiineja ja kivennäisaineita. Peruna, pasta, ohra-, kaura- tai riisilisäketä voi syödä lounaalla ja päivällisellä. Maitotuotteiden valinnassa kannattaa suosia rasvattomia tai vähärasvaisia vaihtoehtoja, sillä ne ovat osa monipuolista päivittäistä ruokavaliota. Maitotuotteita käyttämällä varmistetaan kalsiumin saanti minkä lisäksi ne toimivat myös proteiinin lähteinä. Rasvan laatuun tulee kiinnittää huomiota, suositusten mukaan tulisi käyttää pehmeitä ja öljymäisiä rasvoja sisältävää kalaa, margariinia ja rypsiöljyä. Leivän päälle sopivin vaihtoehto on kasvirasvapohjainen margariini kun taas rypsiöljy soveltuu hyvin ruuanlaittoon ja salaattinkastikkeeksi. Syömällä lisäksi kalaa vähintään kahdesti viikossa varmistetaan sydämelle tärkeiden rasvojen saanti. Liha ja kana sopivat päivittäin pääaterioiden osaksi mutta, leikkeleitä ja juustoja tulisi käyttää maltillisesti. (Heinonen 2011, 121-124.)

Ruokavalio saa sisältää myös rasvaisia, kovaa rasvaa sisältäviä juustoja, suolaisia keksejä, makkaraa sekä runsaasti sokeria sisältäviä makeisia ja leivonnaisia, mutta niitä tulisi syödä harvoin ja määrää rajoittaen. Nämä tuotteet huonontavat runsaasti käytettynä ruokavalion ravitsemuksellista laatua, mutta harkiten käytettynä sopivat osana monipuolista terveellistä ruokavalioita. (Heinonen 2011, 121-124.)

3.1.4 Liikunta

Liikunta-aktiivisuus on tärkeä fyysiseen suoriutuskykyyn vaikuttava tekijä ja kehon hyvinvointi on siitä riippuvainen. Fyysiseen suoriutuskykyyn vaikuttaa useampi tekijä kuten sydämen ja keuhkojen toimintakyky, lihaskudoksen määrä ja laatu sekä lihasten verenkierron vilkkaus. Sydämen ja verenkiertoelimistön hyvä toiminta on edellytys hyvälle fyysiselle kunnolle ja hapenottokyvylle. Liikuntaharjoittelu laskee verenpainetta ja sydämen leposykettä sekä parantaa elimistön verenkiertoa ja tehostaa hapen käyttöä. Sydämen iskutilavuus kasvaa, eli sydän pystyy kerralla pumppaamaan suuremman määrän verta ulos vasemmasta kammiosta minkä seurauksena sydän pystyy toimittamaan verta kudoksiin paremmin. Verisuonistossa tapahtuu liikunnan aikana myös positiivisia muutoksia, verenkierron ääreisvastus laskee ja elimistössä ravitsevien hiussuonten tiheys kasvaa ja niiden toiminta paranee. (Niskanen 2011, 169-170.)

Liikunnan merkitys tyypin 2 diabeteksen hoidossa on korostunut sen vuoksi, että yhdistettynä oikeanlaiseen ruokavalioon se jopa ehkäisee sairastumista, mutta sillä on myös huomattava vaikutus jo puhjenneen diabeteksen hoitoon. Liikunnalla on suuri merkitys tyypin 2 diabeteksen hoidossa, sillä se on yksi hoidon kulmakivistä ja lisää insuliiniherkkyyttä. Liikunnan on kuitenkin oltava melko säännöllistä, sillä insuliiniherkkyyden koheneminen kestää vain pari vuorokautta. Pitkäaikaisen verensokeritasapainon koheneminen edellyttää, että liikuntaa harrastetaan vähintään joka toinen päivä. Liikunnalla voi vaikuttaa myös metaboliseen oireyhtymään liittyviin tekijöihin kuten veren rasva-arvoihin, verenpaineeseen, veren hyytymistekijöihin sekä liikapainoon. (Rönnemaa 2011, 174-175.)

Liikunnan vaikutukset ovat tehokkaimmat niille tyypin 2 diabeetikoille, jotka ovat sairastaneet vasta lyhyen ajan ja joille ei ole ehtinyt kehittyä diabetekseen liittyviä lisäsairauksia. Tyypin 2 diabeetikoista on suurin osa iäkkäitä potilaita, joille on jo kehittynyt erilaisia tuki- ja liikuntaelimistön sairauksia tai kulumia jotka voivat asettaa rajoituksia liikunnalle. Aerobisen kestävyysliikunnan, kuten esimerkiksi kävelyn, hölkän, pyöräilyn, hiihdon ja soudun on osoitettu parantavan verensokeritasapainoa tyypin 2 diabeetikoilla. Liikuntamuodon valinta kannattaa tehdä oman mielenkiinnon ja mahdollisten muiden sairauksien asettamien rajoitusten mukaan. Tärkeää on se, että liikunta on säännöllistä ja monet liikunnan terveysvaikutukset toteutuvatkin hyötyliikunnan kautta arjessa. (Rönnemaa 2011, 174-175.)

3.2 Potilasohje

Potilasohjeen tarkoituksena on antaa ohjausta ja neuvontaa, mutta ne luovat myös potilaalle kuvan ohjetta jakavasta organisaatiosta, sen johtamistavoista ja hoitoideologiasta. Jokaisen potilasohjetta tekevän yksikön on kehitettävä oma tapansa tehdä ohjeita ja muistettava, että kaikki tekstit kertovat aina tekijästään ja tämän arvomaailmasta. Yksittäisen potilasohjeen tekoa helpottaa mahdollisesti käytettävissä oleva valmis ohjepohja. Puhuttelutapaa on syytä miettiä, sinutellaanko vai teititelläänkö potilaita? (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 34-37.)

Hyvän potilasohjeen juonen rakenne on Riitta Hyvärisen (2005) mielestä tärkeä, tarinan tulee edetä loogisesti. Tämä tarkoittaa hänen mukaansa sitä, että kerrottavat asiat liittyvät luontevasti toisiinsa ja tärkeysjärjestys on valittu potilaan näkökulmasta. Pääotsikossa ja väliotsikossa kerrotaan mitkä asiat tekstissä käsitellään. Selkeässä tekstissä on Hyvärisen mukaan lyhyitä kappaleita ja virkkeet ovat rakenteeltaan helposti hahmottuvia ja sanat mahdollisimman yleiskielisiä. Ohjeet ja neuvot tulee hänen mukaansa perustella sillä, mitä hyötyä potilas saavuttaa noudattamalla niitä ja oikeinkirjoituksen tulee olla hyvässä tekstissä viimeisteltyä. Lisäksi hän mainitsee artikkelissaan, että asianmukainen ulkoasu edistää ohjeen ymmärtämistä. Hyvärinen korostaa, että lauseiden ja virkkeiden pitäisi olla kertalukemalla ymmärrettäviä. Pääasia tulisi kertoa päälauseessa ja sitä täydentävä asia sivulauseessa. Koska potilasohjeen tyypillinen lukija on Hyvärisen mukaan maallikko, suosittelee hän käyttämään mahdollisuuksien mukaan yleiskielen sanoja. Turha termien ja termimäisten lyhenteiden käyttö etäännyttää hänen mukaansa lukijan asiasta ja tekee tutunkin asian vieraaksi. (Hyvärinen 2005.)

Potilasohjeen hyvä ulkoasu houkuttelee lukemaan ja parantaa ohjeen ymmärrettävyyttä. Hyvän ohjeen lähtökohtana voidaan pitää taittoa eli tekstin ja kuvien asettelua, eikä tyhjää tilaa tarvitse välttää. Ilmava taitto päinvastoin lisää ohjeen ymmärrettävyyttä. Taiton suunnittelu on hyvä aloittaa asettelumallista jossa otsikot, väliotsikot, tekstit ja kuvat asetetaan omille paikoilleen. Asettelumallin tekeminen onnistuu myös tavallisella tekstinkäsittelyohjelmalla joten erillistä taitto-ohjelmaa ei välttämättä tarvita. Potilasohjeet tehdään yleensä joko pysty- tai vaaka-asennossa A4-kokoiselle arkille. Vaaka-asettelussa on otettava huomioon molempien sivujen taitto samanaikaisesti, sillä lukija näkee ne yhtenä kokonaisuutena. Asettelumallia tehtäessä pitää miettiä useita ohjeen ulkoasuun vaikuttavia tekijöitä kuten tekstin tasaaminen, marginaalit, kirjasintyyppiä ja -kokoja sekä miten otsikot korostetaan. Kappaleissa tulee myös huomioida rivinvälit, sillä ne vaikuttavat merkittävästi tekstin ilmavuuteen ja luettavuuteen. (Torkkola ym. 2002, 53-59.)

Yleiset oikeinkirjoitusnormit on otettava huomioon potilasohjetta kirjoitettaessa, sillä tekstin ymmärtäminen on hankalaa, jos se sisältää kirjoitusvirheitä. Lukija saattaa myös ärtyä, jos teksti on huolimattomasti kirjoitettu ja epäillä kirjoittajan pätevyyttä ja siten koko ohjeen merkitystä. Potilasohjeen pituutta kannattaa myös harkita tarkoin, sillä liian laajat tiedot saattavat sekoittaa lukijaa, kun taas tekstin lyhyys ilahduttanee useimpia. Ymmärrettävän potilasohjeen tekstin on oltava huoliteltua ja ulkoasun miellyttävä. (Hyvärinen 2005.)

Nykyisin kirjallisten ohjeiden tärkeys korostuu enemmän, koska ohjaamiselle jää yhä vähemmän määrin aikaa. Kirjallisten ohjeiden avulla potilas voi myöhemmin kotona tarkastella asioita, joita on käyty suullisesti läpi ja näin saada omalle pohdinnalle tukea. Kirjallista ohjausmateriaalia voi potilaalle antaa myös ennen seuraavaa ohjauskertaa, jolloin potilas pääsee tutustumaan siihen rauhassa ennakkoon. Tämä voi helpottaa potilasta oman sairauden hoidosta keskustelemissa ja asioiden puheeksi ottamisessa. (Kyngäs & Hentinen 2008, 115.)

Potilasohje, joka on hyvin laadittu ja tukee suullisesti annettua ohjausta, voi myötävaikuttaa hänen sairautensa hoitoon sitoutumisessa. Kirjallisesta materiaalista saatava oikea tieto voi myös auttaa epävarmaa motivaatio-ongelmaista potilasta miettimään omaa tilannettaan ja näin auttaa hoitoon sitoutumisessa. Ohjausmateriaalin tulee sisällöltään olla potilaan tiedon tasolla ja vastata hänen tarpeitaan. Lisäksi sen on oltava helposti luettavaa ja ymmärrettävää. (Kyngäs & Hentinen 2008, 115.)

Annettaessa ohjetta potilaalle on hyvä aina varmistaa, että hän on ymmärtänyt oikein saamansa tiedon. Potilas voi saada turvallisuuden tunteen, kun hän osaa itse säädellä omaa hoitoaan. Tutkimuksissa on todettu, että suurin syy diabeetikoiden hoitoon sitoutumattomuuteen on avuttomuus ja turhautuneisuus hoidon suhteen ja tietämättömyys oikeanlaisesta ruokavaliosta ja hoidon kokonaisuudesta. Lisäksi se, että hoidosta huolimatta hoitotasapaino voi vaihdella hyvästä huonoon, johtuen mm. aineenvaihdunnallisista seikoista voi vaikeuttaa potilaan hoitoon sitoutumista. Tällainen tilanne voi olla hoitoon sitoutuneelle potilaalle turhauttava, joka taas laskee halua motivoitua hoitoon. Positiivisen asenteen ylläpitämisellä ja potilaan ja hoitohenkilöstön välisellä hyvällä yhteistyöllä voidaan parantaa hoitoon sitoutumista. (Kyngäs & Hentinen 2008, 149.)

Psykologian lisensiaatti ja erikoispsykologi Jukka Marttilan ajatuksena on, että ryhmänohjaus on laadullisesti erilaista kuin yksilöohjaus. Hänen mukaansa psykologinen prosessi on erilainen sekä ohjaajalle että osallistujalle. Marttilan mukaan ryhmäohjaus mahdollistaa yhteiseen asiaan liittyvien kokemusten, ajatusten, tietojen ja tunteiden jakamisen.

Ryhmänjäsenten kokemusten, ajatusten ja tunteiden yhdistäminen diabetesta ja omahoitoa koskevaan tietoon edistää asian omaksumista osaksi omaa arkea. Yksilöohjaus ei voi tarjota

samaa kokemusten vuorovaikutusta kuin ryhmäohjaus. Ohjausryhmät ovat diabeteksen omahoitoon ja elintapamuutosten tukemiseen ja toteuttamiseen tähtääviä teemallisia ryhmiä. Omahoidon ja elintapamuutoksien omaksuminen perustuu omien kokemusten, tunteiden ja ajatusten työstämiseen ryhmän kanssa ohjaajan tukemana. Ryhmään osallistuminen voi selkeyttää asioita, jonka seurauksena osallistuja tarttuu aktiivisemmin omahoitoonsa. Ryhmäohjaus on tehokkuusnäkökulmasta tarkasteltuna taloudellinen tapa toteuttaa hoidonohjausta, sillä asiantuntijan aika tulee tehokkaammin käytetyksi yksilöohjaukseen verrattuna. Ryhmäohjauksen omaksuminen perustuu siihen, että tarjolla pitää olla jotain selkeää ja ymmärrettävää, jonka toteuttaminen arkipäivässä on mahdollista. Uuden omaksuminen vaatii tiedostamista, harjoittelua ja tottumuksen ylläpitoa. (Marttila 2010, 28-32.)

Opinnäytetyömme tilaajan, perusturvakuntayhtymä Karviaisen diabeteshoitajat käyttävät potilasohjauksessa ryhmäohjausmenetelmää yksilöohjauksen lisäksi. Heillä on käytössään materiaalia neljän eri teeman ohjauskertoihin, tyypin 2 diabetekseen sairastuneiden potilaiden ohjaukseen. Heillä ei kuitenkaan ole aiheisiin liittyviä potilasohjeita, joita he voisivat antaa potilaille ryhmäohjauskerran jälkeen mukaan kotiin vietäväksi. (Mansikkamäki 2013.) Opinnäytetyön tuotoksena olemme tehneet kahteen aiheeseen liittyvät selkeät potilasohjeet. Aiheiden valinta kohdistui kahteen tärkeimmäksi nousseeseen aiheeseen. Uusien vasta diabetekseen sairastuneiden potilaiden on tärkeä tietää mistä diabeteksessä on kyse, miten korkeat verensokeriarvot saattavat oireilla sekä mitä omahoidossa on huomioitava. Hoidon kulmakiviä ovat myös ruokavalio ja liikunta, jotka ovat toisen potilasohjeemme aiheina.

3.3 Selkeä kieli

Potilasohjetta tehdessä käytetään suomenkielisiä sanoja ja vältetään vierasperäisiä ilmaisuja ja ammattisanastoa. Sanaston valinnassa otetaan huomioon kohderyhmä, joka tässä opinnäytetyössä ovat keski-ikäiset ja vanhemmat ihmiset. Koska tämä opinnäytetyö on selkeäkielinen, on tässä vältetty pitkiä virkkeitä ja yli neljän tavun mittaisia sanoja. Potilasohjeen ymmärrettävyyttä voi lisätä jakamalla asiat erillisiin kappaleisiin ja käyttää asiayhteyteen sopivia esimerkkejä. Tekstin silmäilyä ja lukemista voidaan helpottaa selkeästi tehdyllä otsikoinnilla ja väliotsikoinnilla. (Viestintää kaikille 2012.)

Selkeä kieli on yksi tapa varmistaa, että tieto on helposti luettavaa ja ymmärrettävää lukijakunnalleen. Kirjoitettuna se on kieli, jota lukija voi ymmärtää ensilukemalla. Selkeällä kielellä kirjoitetut materiaalit ovat helposti ymmärrettäviä ja nämä materiaalit sopivat jokaiselle. (Brown & Wigington 2012, 30-31.)

Selkeä kieli on selkeää, ytimekästä, hyödyllistä ja helposti luettavaa. Periaatteena selkeässä kielessä on hyvä kirjoittamisen tekniikka ja kielioppi, tekstin looginen eteneminen ja käsitteiden käyttö lukijalle ymmärrettävässä muodossa. Selkeässä kielessä tulee käyttää täsmällisiä ja toimivia sanoja. Selkeä kieli ei ole pintapuolinen kuvaus vaikeista aiheista, vaan se on ytimekästä, mutta silti kattavaa kirjoitusta. Selkeä kieli ei ole yksinkertaisten sanojen valitsemista täsmällisempien sanojen sijaan. Selkeys ja täsmällisyys kulkevat käsi kädessä. (Douglas ym. 2011, 1-4.)

Selkeällä kielellä kirjoitettaessa tulisi välttää tuntemattomia ja vierasperäisiä sanoja, kuten ammattikieltä (Salo 2012). Poikkeuksena ovat Suomen kieleen vakiintuneet muutamat käsitteet, kuten epilepsia ja diabetes. Vierasperäiset sanat tulisi vaihtaa vastaaviin suomenkielisiin sanoihin, jottei sanojen merkitys jäisi lukijalleen epäselväksi. Kaikille vierasperäisille sanoille ei kuitenkaan aina ole olemassa kotimaista vastinetta, tällöin ne joudutaan selittämään useammalla sanalla. (Mustajoki 2011.)

Sanoja valittaessa olisi myös huomioitava kenelle kirjoitettu teksti on kohdistettu. Otsikointiin ja väliotsikointiin kannattaa kiinnittää huomioita, sillä hyvin tehtynä ne helpottavat tekstin silmäilyä ja lukemista. Lukijalle voi olla hankala lukea yli 15 sanan pituisia virkkeitä, joten selkeässä kielessä tulisi pyrkiä tätä lyhyempiin virkkeisiin. Sanojen pituuteen kannattaa myös kiinnittää huomiota, sillä yli neljän tavun mittaiset sanat ovat vaikeammin luettavia.

Pää- ja sivulauseet ovat helpommin ymmärrettäviä, sivulauseita tulisi olla enintään yksi virkettä kohden. Yhdessä kappaleessa tulisi käsitellä vain yhtä asiaa. Konkreettinen teksti on ymmärrettävämpää kuin yleisluontoinen, apuna asian ymmärrettävyydessä voi käyttää esimerkkejä ja vertauksia. Selkeällä kielellä kirjoitettaessa tekstin helpommin luettavaksi tekee, kun kirjoituksessa käyttää enemmän substantiiveja ja verbejä, adjektiivien ja adverbien sijaan. (Viestintää kaikille 2012.)

Kirjoituksen rakenteeseen ja tyyliin vaikuttaa eniten se mihin tarkoitukseen teksti on tehty. Jos kirjoitus on tarkoitettu potilasohjeeksi, joka annetaan potilaalle mukaan hänen lähtiessä sairaalasta tai terveyskeskuksesta, niin silloin on kiinnitettävä huomio ohjeen riittävään selkeyteen. Jotta potilas osaisi toimia ohjeen neuvojen mukaan, olisi sen oltava yksityiskohtainen ja konkreettinen. (Mustajoki 2011.) Ohjeessa kannattaa mieluummin käyttää aktiivia kuin passiivia, selkeyttämään potilaalle kuka tekee, kuin että ”tehdään”. Myös tekstiä tukevat kuvat voivat auttaa ymmärtämisessä. (Viestintää kaikille 2012.)

3.4 Keski-ikä

Keski-ikä määritellään elämänkulussa usein alkavaksi 40 vuoden vaiheilla ja jatkuvan 60 ikävuoteen saakka (Savioja 2005, 34). Joskus keski-ikäsi määritellään jopa ikävuodet 35-65 (Kokko 2010, 34-35). Tuohon ajanjaksoon kuuluu tulevaisuuden miettimistä ja jo eletyn elämän kokonaisvaltaista arviointia. Keski-ikäsi määrittelyyn ja sen kokemiseen vaikuttavat niin psykologiset, biologiset, sosiaaliset kuin historiallisetkin tekijät. (Savioja 2005, 34.) Psykologisen kehityksen kannalta keski-ikästä tiedetään vähän, kun taas lapsuutta, nuoruutta ja vanhuusikää on tutkittu enemmän (Kokko 2010, 34-35). Keski-ikäsi vähäistä tutkimista on selitetty sillä, että mahdollisista kriiseistä huolimatta sitä pidetään rauhallisena aikana elämässä, johon kuuluu vain vähän käännteitä ja tapahtumia. Se on myös aika elämässä, jota ei ole niin tarkkaan määritelty ja keski-ikäisiä pidetään ryhmänä, jota on hankala tavoittaa tutkittaviksi. (Savioja 2005, 34.)

Keski-ikäsi voi joutua luopumaan unelmistaan, mutta toisaalta taas uusia unelmia tulee ja niitä toteutetaan sitäkin lujemmin. Elämänvaihetta kuvaillaan toisaalta kriisiytymisen ja toisaalta seesteisyyden ajanjaksona. (Savioja 2005, 34.) Vaikka keski-ikäsi koettaisiin kriisejä, ne ei välttämättä ole ikään sidoksissa vaan kriisiytymistä voivat aiheuttaa aikuisuuden erilaiset elämäntapahtumat, joita jokainen ihminen voi kokea missä vaiheessa tahansa aikuisikää. Näitä tapahtumia voivat olla esimerkiksi taloudelliset vaikeudet, sairastuminen, työn menettäminen, avioero tai lasten muutto omilleen. Kriisi voi seurata myös liiallisesta alkoholinkäytöstä ja muiden ongelmien kasautumisesta. (Kokko 2010, 34-36.) Muutosten myötä on mahdollista nähdä elämä uudesta näkökulmasta. Lasten vartuttua voi löytyä enemmän aikaa puolisol-le, ystäville, itselle ja harrastuksille. (Savioja 2005, 34.)

Keski-ikäsi ihmiset usein kuluttavat aktiivisesti, ovat osaavia työntekijöitä ja voivat toimia useissa hoivaroolissa. Nämä hoivaroolit voivat liittyä omiin lapsiin, lapsenlapsiin, ikääntyviin omiin ja puolison vanhempiin, siksi keski-ikäisistä käytetään usein nimitystä voileipä-sukupolvi johtuen heidän asemastaan kahden eri sukupolven välissä. (Kokko 2010.)

4 Kehittämistoiminnan menetelmät

Opinnäytetyömme on toimintakeskeinen, ja tavoitteena oli tehdä kaksi selkeäkielistä potilasohjetta perusturvakuntayhtymä Karviaisen diabeteshoitajien ryhmäohjauksen tueksi. Potilasohjeet saatettiin työyhteisön käyttöön juurruttamisen menetelmällä. Opinnäytetyön tekijöinä meidän tuli kartoittaa omat resurssit ja työn tekemiseen käytettävissä oleva aika. Lopullinen opinnäytetyön tuotos on perusteltu kompromissi yhteisten resurssiemme, opinnäytetyön tilaajan toiveiden, kohderyhmän tarpeiden ja Laurea-ammattikorkeakoulu Lohjan opinnäytetyötä ohjaavien opettajien ohjeistuksista.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tarkoituksena joko opastaa, ohjeistaa käytännön toiminnassa, järjeistää tai järjestää toimintaa. Toiminnallisuus voi alasta riippuen olla esimerkiksi ohje, opastus tai ohjeistus kuten turvallisuusohjeistus, perehdyttämisoapas tai ympäristöohjeistus. Toimintakeskeisyyden kriteereinä ovat, että tuotteella on uusi muoto, se on käyttökelpoinen kohderyhmässä tai käyttöympäristössä, sekä se on sisällöltään informatiivinen, johdonmukainen, selkeä ja houkutteleva. Tutkimuksellinen selvitys kuuluu toiminnallisessa opinnäytetyössä idean toteutustapaan, joka tarkoittaa sekä keinoja, joilla esimerkiksi oppaan materiaali hankitaan että oppaan tai ohjeistuksen toteutusta. Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei tarvitse välttämättä käyttää tutkimuksellisia menetelmiä. Aineiston ja tiedon keräämistä tulisi harkita tarkasti toiminnallisessa opinnäytetyössä, sillä riskinä on työn laajuuden kasvamisen kohtuuttomaksi opintopisteisiin nähden. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.)

Toiminnallisessa ja tutkimuksellisessa opinnäytetyössä tiedon keräämistavat ovat saman tyyppiset, mutta toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkimuskäytäntöjä käytetään hieman väljemmässä merkityksessä. Toiminnallisen opinnäytetyön haastatteluissa kerättyä aineistoa ei ole aina välttämätöntä analysoida yhtä tarkasti ja järjestelmällisesti kuin tutkimuksellisissa opinnäytetöissä. Aineiston laatu on määrää tärkeämpi. Jotta aineisto olisi tarpeeksi laadukasta, on sen vastattava kohderyhmän tarpeisiin ja opinnäytetyön sisällön tavoitteisiin. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 57- 64.)

Tutkimuksemme oli lähinnä selvityksen tekemistä, jota käytimme yhtenä tiedon hankinnan apuvälineenä. Aineistoa opinnäytetyötä varten keräsimme teemahaastattelun avulla perusturvakuntayhtymä Karviaisen alueen diabeteshoitajilta. Haastatteleamalla asiantuntijoita saimme tarvitsemaamme tietoa potilasohjeiden tarpeellisuudesta ja sisällöstä.

4.1 Laadullinen tutkimus

Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkitaan ihmisten käsityksiä, tulkintoja, kokemuksia, motivaatiota tai näkemyksiä. Tässä tutkimusmuodossa on monia erilaisia lähesty-

mistapoja, mitkä voivat olla päällekkäisiä monin eri tavoin. Laadullista tutkimusta voidaan käyttää tutkittaessa aiheita, joista ei ole vielä olemassa paljon tietoa tai tuttuja alueita, jotka halutaan nähdä uudesta näkökulmasta. Mikäli epäillään esimerkiksi jonkun käsitteen tai teorian tarkoitusta tai aiemman tutkimuksen tuloksia, voidaan menetelmäksi valita laadullinen tutkimus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 49-50.)

Laadullinen tutkimus tyypitellään kolmeen luokkaan. Ensimmäisessä vaihtoehdossa on tutkimustyyppi, jossa tutustutaan kieleen ja kommunikaatioon kulttuurin muodon näkökulmasta. Toisessa vaihtoehdossa etsitään ja tarkastellaan säännönmukaisuuksia. Tavoitteeksi tässä voidaan asettaa kategorioiden tai elementtien tunnistaminen tai yhteyksien havaitseminen. Kolmannessa vaihtoehdossa tutkimuksen kiinnostuksena on merkityksien ymmärtäminen eli tavoitellaan teemojen ymmärtämistä tai tulkitsemista ja samankaltaisuuksien löytymistä. Uuden ilmiön käsitteellistämisessä tutkija muodostaa kuvaavan kokonaisuuden toiminnasta. Laadullisen tutkimuksen yksi tärkeä tarkoitus on tuoda ymmärrystä tutkittavaa asiaa kohtaan. Ymmärtääkseen useimpia hoitamisen ilmiöitä tarvitaan usein ihmisten omia kuvauksia, sillä kaikkea ei voida tutkia havainnoimalla tai mittaamalla määrällisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 51- 57.)

Aineiston keräämiseksi käytetään joko haastattelua tai havainnointia. Haastattelutapana voi käyttää joko yksilö- tai ryhmähaastattelua. Yksilöhaastattelussa on suositeltavaa käyttää aineiston keräämiseksi teema- tai lomakehaastattelua. Teemahaastattelu on toiminnallisessa opinnäytetyössä puolistrukturoidun tyyppinsä mukaan sopiva tapa kerätä tietoa, etenkin jos tavoitteena on saada tietoa jostakin tietystä aiheesta. Toiminnallisissa opinnäytetöissä tiedoksi useimmiten riittää suuntaa ohjaava tieto, sen vuoksi haastatteluiden litterointi ja puhtaaksi kirjoittaminen ei ole niin järjestelmällistä ja välttämätöntä kuten tutkimuksellisissa opinnäytetöissä. Litteroinnissa kannattaa keskittyä tietoon, jota tarvitaan työssä sisällön tuottamiseen. (Vilkkä 2003, 63-64.)

Usein tiedonhankinnaksi saattaa riittää konsultaatiot tarkkaan valituille henkilöille varsinaisen tutkimushaastattelun sijaan ja konsultaatiot ovatkin sopivimpia keinoja, kun tarvitaan faktatietojen tarkistamista. Konsultaatiolle ei tarvitse tehdä edes osittaista litterointia ja tyyliltään ne ovat hyvin vapaamuotoisia. Haastatteluaineistoa kootessa on huomioitava, että sisällöltään se on tarpeeksi kattavaa kuvaamaan ongelmaa, johon on lähdetty etsimään ratkaisua. Aineiston määrää tärkeämpi tekijä on aineiston laatu. Laadulla tässä tapauksessa voidaan tarkoittaa, että aineisto on monipuolista ja kuinka sitä voidaan käyttää opinnäytetyön sisällössä ja että se vastaa kohderyhmän tarpeita. (Vilkkä 2003, 63-64.)

4.2 Juurruttaminen

Juurruttamisella tarkoitetaan menetelmää, jossa käytännön työprosessin kehittämiseksi tuotetaan uutta toimintatapaa ja sen käyttöönottoa samanaikaisesti. Juurruttaminen tapahtuu kaikkien toimijoiden yhteisenä oppimisprosessina, jossa käytännön osaamiseksi tuotetaan uutta tietoa vertaamalla keskenään olemassa olevaa käytännön tietoa ja tutkittua tietoa. Oleellisin osa juurruttamisessa on toimijoiden välinen vuorovaikutus. Keskeisin rooli vuorovaikutuksen parantamisessa on johtajuudella. (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 21.)

Juurruttamisen prosessissa on kahdenlaista tietoa: hiljaista (tacit knowledge) ja tutkimustietoa (explicit knowledge). Hiljaisella tiedolla käsitetään kunkin yksilön ja yhteisön toiminnassa näkyvää kokemukseen perustuvaa tietoa. Tutkimustieto on teoreettista ja tutkittua tietoa, joka on haettavissa ja näkyvissä olevaa tietoa. Juurruttamisessa uutta tietoa saadaan yhdistämällä ja vertailemalla näitä kahta tietoa keskenään. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 21-22.)

Työyhteisössä tapahtuva juurruttaminen on opiskelijoiden ja hoitohenkilökunnan välistä toimintaa, jota eteenpäin auttaa ohjaava opettaja, työryhmä ja työryhmän esimies. Työryhmään, joka vie eteenpäin kehittämistä, on ammattikorkeakouluopiskelijoiden lisäksi valittu työyhteisöstä jäseniä. Jotta saadaan tapahtumaan muutos työyhteisön toiminnassa, on sen jokaisen jäsenen tehtävä töitä sen eteen. Yhteistyön tavoitteena on saada oppimisesta syntyvä uusi osaaminen, työn muuttuminen sekä aluekehitysvaikutuksen muodostuminen. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 21-22.)

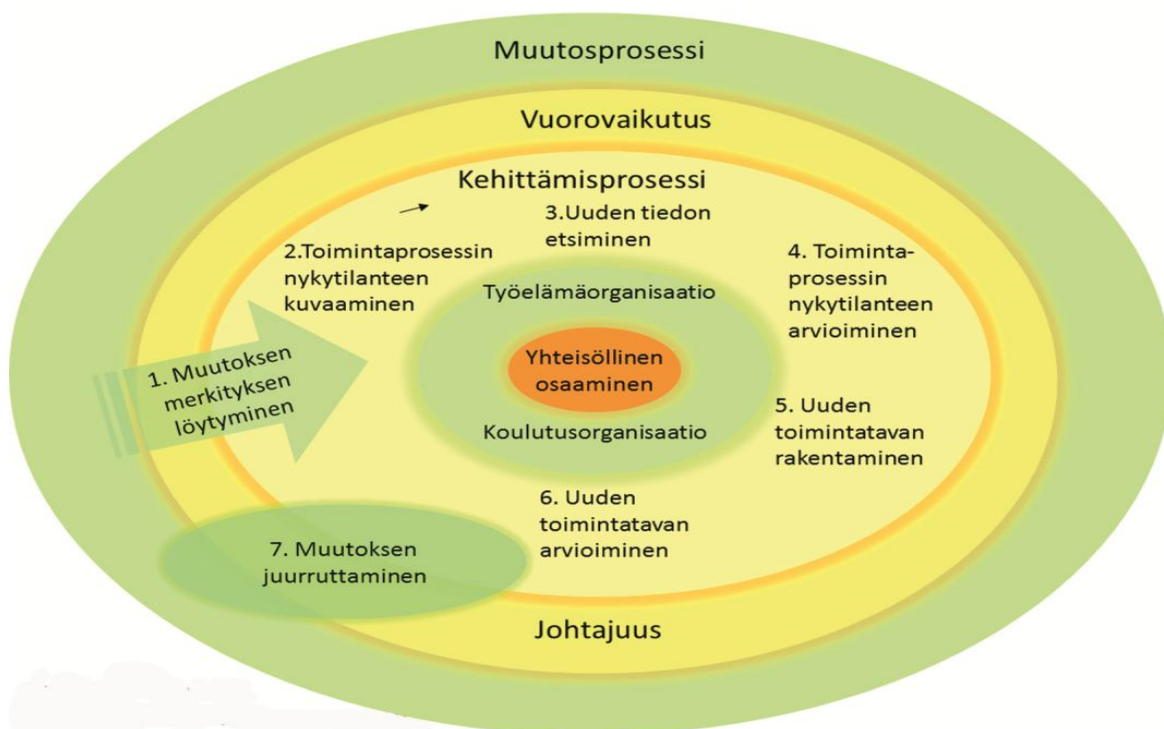
Juurruttaminen muodostuu vuorovaikutuksesta, johtajuudesta ja muutosprosessista. Jotta kehittämisprosessia voi viedä eteenpäin, on sille annettava aikaa ja resursseja niin, että se on mahdollista. Johtajuudella on keskeinen rooli tämän mahdollistajana. Vuorovaikutuksen keinoin taas toteutetaan ja tuotetaan uutta muutosprosessia. Muutokseen liittyy usein hidastavia tai jopa estäviä tekijöitä, kuten työyhteisön haluttomuus sitoutua muutosprosessia kohtaan tai jopa vastarintaa. Näistä ongelmista tulisi voida keskustella avoimesti vuorovaikutuksessa. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 24.)

Juurruttamisen vaiheet (kuvio 5) voidaan nähdä työyhteisössä seitsemänä eri osionaan, jotka vievät eteenpäin muutosprosessia. Kehittämisprosessin ensimmäisessä vaiheessa juurruttaminen alkaa siitä, kun löydetään tarve muutokselle. Käynnistävä tekijä muutokselle voi löytyä joko työyhteisöstä itsestään tai se voi tulla esim. yhteiskunnallisesta muutoksesta tai uusista ohjeistuksista. Toisessa vaiheessa työryhmä kuvaa sanallisesti nykyistä tilannettaan. Tällä on tarkoitus saada esiin hiljainen tieto. Apuna voidaan käyttää esimerkiksi kalanruotokaaviota tai vuokaaviota. Kolmannessa vaiheessa etsitään uutta tietoa kehittämiskohteesta ja perusteluja uudelle toiminnalle. Tiedon etsimistä voidaan toteuttaa opiskelijoiden ja työyhteisön tiedon-

haun pajoina, joita ovat ohjaamassa opettajat ja kirjaston informaatikko. Tällä yhteisellä tiedonhaun prosessilla pyritään siihen, että osallistujat voivat eritellä ja ymmärtää tarvittavaa tietoa. Neljännessä vaiheessa tapahtuu nykytilan arvioiminen vertaamalla keskenään käsitteellistä ja hiljaista tietoa. Tietojen vertaamisella on tarkoitus tuoda työyhteisön jäsenille selväksi muutoksen tarpeellisuus. Tulevaa muutosta suunniteltaessa on huomioitava työyhteisön ja työryhmän tiedostettavuus tulevasta prosessista mitä se on toiminnan tasolla. Tässä vaiheessa myös prosessiin käytettävät resurssit ja aikataulu selkiintyvät. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 25-26.)

Viides vaihe on, kun uuden toimintatavan muodostuminen voi käynnistyä esimerkiksi työyhteisön käsittäessä teoreettisen ja tutkitun tiedon merkityksen. Perustelut uudelle toimintatavalle rakentuvat opiskelija- ja työelämäjäsenten vuorovaikutuksena. Uutta toimintatapaa voidaan arvioida kuudennessa vaiheessa auttavia kysymyksiä apuna käyttäen. Auttavilla kysymyksillä helpotetaan uuden toimintatavan esiintuomista eri toimijoiden näkökulmasta. Kysymyksillä pyritään siihen, että uudesta toimintatavasta saataisiin muokattua mahdollisimman soveltuva kyseiseen työyhteisöön. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 25-26.)

Seitsemännessä vaiheessa työryhmän esimiehen johdolla suunnitellaan muutoksen toteutus, seuranta ja tuki eli juurruttaminen. Juurruttamisessa on tärkeää tuoda esiin miten uusi toimintatapa hyödyttää työyhteisöä. Käytännössä työryhmän ja esimiehen on tuotava esiin uuden toimintatavan pienetkin hyödyt. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 25-26.)



Kuvio 5: Juurruttamisen vaiheet (Ora-Hyytiäinen ym. 2012)

5 Kehittämistoiminnan toteutus

Opinnäytetyön prosessi alkoi syyskuussa 2012 rekrytointitilaisuudella. Tämän jälkeen aloitettiin teorianäytetyön ja aiheeseen tutustuminen. Teoriaosuus kirjoitettiin mahdollisimman pitkälle marraskuussa 2012. Saimme tiedon työyhteisöstä, joka oli kiinnostunut toimimaan asian-tuntijana opinnäytetyöllemme marraskuun lopussa, jolloin olimme heidän ilmoittamaansa yhdyshenkilöön ensimmäisen kerran yhteydessä ja sovimme tulevasta yhteistyöstä. Käymiemme alustavien keskustelujen perusteella päädyimme muuttamaan keskeisiä käsitteitä siten, että hylkäsimme nuorille, tyypin 1 diabetesta sairastaville suunnittelemaamme teoriapohjaa. Otimme opinnäytetyöhön tilalle keski-ikäiset ja sitä vanhemmat tyypin 2 diabetekseen sairastuneet potilaat, sillä haastattelemamme diabeteshoitajan mukaan he edustavat työyhteisön suurinta potilasmäärää.

Lopullinen tarkennus potilasohjeiden aihepiiristä saatiin joulukuussa 2012, jolloin ryhdyimme ideoimaan varsinaista opinnäytetyön tuotosta, potilasohjeita. Ilmeni, että työyhteisöllä oli tarve saada potilasohjeita ryhmäohjauksen tueksi. Saimme heidän ryhmäohjauksessa käyttämänsä materiaalia tutustumista varten käyttöön, joten lähdimme sen pohjalta tuottamaan kahdesta tärkeimmäksi nousseesta aiheesta erillisiä ohjeita potilaille ryhmätapaamisen jälkeen mukaan kotiin annettavaksi. Teimme raakavedokset aiheista ja lähetimme ne sähköpostitse kommentoitavaksi. Aikataulujen vaikean yhteensovittamisen vuoksi tapasimme henkilökohtaisesti työelämän ohjaajamme maaliskuussa 2013, jolloin esittelimme hänelle tekemämme potilasohjeet. Hän tarkisti tässä vaiheessa aiheiden sisällön ja hyväksyi ne valtaosin. (Mansikkamäki 12.03.2013.) Häneltä saamamme arvokkaan palautteen pohjalta muokkasimme molempia potilasohjeita selkeämmiksi ja painotimme hänen ehdottamiaan aihealueita. Tämän jälkeen lähetimme ne vielä hänelle hyväksyttäväksi. Saamamme palautteen mukaan potilasohjeet vastasivat heidän tarvettaan. Työelämän ohjaajan lisäksi ohjeita arvioivat alueen muut diabeteshoitajat. Potilasohjeiden arvioinnista ei noussut esiin mitään kehitysehdotuksia, vaan ohjeet ovat valmiit käyttöön otettaviksi. (A. Mansikkamäki, diabeteshoitajan sähköpostiviesti 25.4.2013.)

Opinnäytetyöprosessin eteneminen vaiheittain aina rekrytointitilaisuudesta valmiiksi opinnäytetyöksi on havainnollistettu alla olevassa kuviossa 6.



Kuvio 6: Opinnäytetyöprosessin eteneminen

6 Uusi toimintatapa

Perusturvakuntayhtymä Karviaisen alueen diabeteshoitajien vastaanotolla käyvistä potilaista valtaosa sairastaa tyypin 2 diabetesta. Sairastuneiden määrä lisääntyy jatkuvasti, mutta hoitajien resurssit eivät lisäännä samassa suhteessa. Ajankäytön tehostaminen on noussut haasteeksi, jotta kaikki potilaat saavat tarvitsemaansa ohjausta. Diabeteshoitajat ovat käyneet ryhmäkeskustelut ryhmäohjauskoulutuksessa, mutta uusi toimintatapa ei vielä ole käytössä heidän toivomassa laajuudessa. Osittain ryhmäohjauksen vähäiseen käyttöön on syynä se, että osa potilaista toivoo saavansa ajan mieluummin yksilöohjaukseen. (A. Mansikkamäki 2013.)

Ohaman ja Valtosen (2013, 30-31) mukaan Åsa Hörnsten on tehnyt useita tutkimuksia hoitohoidon ohjauksesta ja ryhmäohjauksesta Ruotsissa. Tekemiensä tutkimusten perusteella hän suosittelee ryhmäohjausta tyypin 2 diabeetikoiden ohjaukseen. Ryhmissä tapahtuvan vuorovaikutuksen on hänen mukaansa katsottu edistävän diabeetikoiden ymmärrystä sairautensa merkityksestä. Yksilö- ja ryhmäohjaus ovat molemmat tehokkaita, mutta Hörnsten painottaa, että ryhmäohjauksen etuna on pienemmät kustannukset ohjattavaa kohden. Hänen tutkimustensa mukaan ryhmäohjauksen tulos on sitä parempi, mitä useammin ryhmä kokoontuu. (Ohama & Valttonen 2013, 30-31.)

Uutena toimintatapana on perusturvakuntayhtymä Karviaisen alueen diabeteshoitajilla tarkoituksena lisätä ryhmäohjausta tyypin 2 diabetekseen sairastuneiden ohjausmuotona. Sitä on suunniteltu jo aiemmin, mutta jatkuvasti lisääntyvien potilasmäärien vuoksi sille on nyt lisääntyvä tarve. Työelämän ohjaajamme mukaan he tulevat lisäämään ryhmämuotoista ohjausta lähiaikoina. Yhtenä tekijänä tässä uudistuksessa on hänen mukaansa myös meidän tekemät potilasohjeet, jotka tukevat ryhmäohjausta siten, että potilas saa tärkeimmistä kyseisellä ohjauskerralla käsitellyistä asioista kirjallista informaatiota mukaan kotiin (liite 1 ja 2). Kyseisten potilasohjeiden aiheet nousivat esiin työyhteisön tärkeimmiksi katsomista ryhmäohjauskertojen aiheista.

Potilasohjeiden toimitustapa perusturvakuntayhtymä Karviaisen käyttöön oli muistitikku, jolle potilasohjeet sekä tähän työhön liittyvä arviointilomake on tallennettu. Tarkoituksena on, että muistitikulta on helppo tulostaa potilasohjeita lisää tarpeen mukaan, sen voi tehdä kaikilta tulostimilta ilman välittömiä lisäkustannuksia. Näin varmistetaan potilasohjeiden jatkuva saatavuus ja sen myötä myös niiden käyttö ryhmäohjauksen tukena.

Mikäli käyttöönoton jälkeen tehtävän arvioinnin tuloksena on, että potilasohjeille on tarvetta ja ne ovat omalta osaltaan kehittäneet ryhmäohjaus menetelmän käyttöä, niin ehdotamme että kahteen jäljellä olevaan aiheeseen kehitetään myös potilasohjeet. Sen jälkeen työyhteisö-

söllä olisi käytössään kaikkiin ryhmäohjaus aiheisiin potilaille mukaan annettavaa materiaalia kyseisellä kerralla käsitellyistä asioista.

7 Kehittämistoiminnan arviointi

Opinnäytetyö oli aiheena mielenkiintoinen ja hyvin ajankohtainen. Diabetes lisääntyy väestön keskuudessa jatkuvasti, mikä asettaa haasteita terveydenhuollon käytettävissä oleville ohjauksen resursseille. Nykyisen yksilöohjauksen muuttaminen enenevissä määrin ryhmäohjaukseksi, tuo huomattavaa säästöä diabeteshoitajien ajankäyttöön. Myös potilaat hyötävät ryhmäohjauksesta, sillä se mahdollistaa heille vertaistuen helpon saatavuuden. On toki huomiotava, että kaikki diabetekseen sairastuneet eivät ole halukkaita osallistumaan ryhmämuotoiseen ohjaukseen, heille tulee toki edelleen tarjota mahdollisuus yksilöohjaukseen.

Diabeteshoitajilla on käytössään ryhmäohjausmateriaalia, mutta heiltä puuttui potilaille mukaan annettavat potilasohjeet kyseisellä ohjauksella käsitellyistä asioista. Sisällön rajaaminen potilasohjeisiin oli haasteellista, koska yhden aihealueen käsiteltävät asiat piti saada mahtumaan yhteen A4-kokoiseen ohjeeseen. Selkeä kieli asetti omat haasteensa, sillä teksti tuli saada vastaamaan kaikkia selkeän kielen vaatimuksia, kuten fontin koon, rivinvälien ja oikeanlaisen asettelun suhteen.

Opinnäytetyömme lopputuotoksena syntyi kaksi potilasohjetta (liitteet 1 ja 2) perusturvakuntayhtymä Karviaisen diabeteshoitajien käyttöön potilasohjauksen tueksi. Ohjeet on tarkoitettu potilaille kotiin mukaan annettavaksi ryhmäohjauksen jälkeen. Potilasohjeet tuotettiin yhteistyössä diabeteshoitajien kanssa, työelämän tarpeiden mukaisiksi. Tallensimme potilasohjeet muistitikulle, joka toimitettiin opinnäytetyön ohjaajana toimineelle työyhteisön edustajalle. Muistitikulta he voivat helposti tulostaa ohjeita tarpeen mukaan. Teimme työelämän käyttöön kaksi potilasohjetta, joita he voivat hyödyntää ryhmäohjauksen tukena.

Perusturvakuntayhtymä Karviaisen alueen diabeteshoitajien täytettäväksi laadittiin arviointilomake (liite 3), jossa he arvioivat potilasohjeiden toimivuutta käytännössä. Jatkokehityksenä ehdotamme, että tehdyn arviointilomakkeen vastausten perusteella mietitään, onko tehdyt potilasohjeet (liite 1 ja 2) olleet toimivat. Saadun palautteen pohjalta voisi kehittää kahteen muuhun puuttuvaan ryhmäohjausaiheeseen selkeäkieliset potilasohjeet. Jatkokehityksen jälkeen perusturvakuntayhtymä Karviaisen alueen diabeteshoitajilla olisi materiaalia potilaille annettavaksi jokaisen ryhmäohjaukserran jälkeen.

Opinnäytetyön tavoitteena oli perehtyä opinnäytetyöprosessiin ja uusien asioiden oppiminen, joita voimme hyödyntää tulevassa uudessa ammatissa sairaanhoitajina. Koemme, että opinnäytetyön tekemisen myötä on osaamisemme diabetekseen sairastuneen hoidosta ja poti-

lasohjeiden laatimisesta lisääntynyt merkittävästi. Olemme myös sisäistäneet potilasohjauksen merkityksen sairaanhoitajan työssä.

7.1 Eettiset ja salassapitokysymykset

Opinnäytetyönprosessissa yksi oleellinen osa on eettinen pohdinta, koska silloin kun kehitetään työelämää tutkimus- tai kehittämisen näkökulmasta, niin vastaan voi tulla erilaisia eettisiä kysymyksiä. Opinnäytetyötä tehtäessä on noudatettava terveysalan ammattietiikkaa ja hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimusluvan liitteeksi suositellaan hankkimaan Laurean eettiseltä toimikunnalta lausunto, mikäli on mahdollista, että tutkimuksen toteuttaminen voi aiheuttaa tutkittavalle psyykkistä, fyysistä tai haittoja, jotka liittyvät hänen oikeusturvaan. (Laurea 2012b.) Opinnäytetyöhön liittyvä aineisto, jota lähetettiin ohjaaville opettajille ja opponenteille, sekä sähköpostitse että paperiversioidina käsitelimme luottamuksellisesti.

Tieteellisen toiminnan ydin perustuu tutkimuksen eettisyyteen. Tutkimusetiikan luokittelu normatiiviseksi etiikaksi perustuu siihen, että se pyrkii vastaamaan kysymykseen siitä, mitkä ovat oikeita sääntöjä, joita tutkimuksessa tulee noudattaa. Tutkimusetiikka jaetaan tieteen sisäiseen ja sen ulkopuoliseen etiikkaan. Tieteen sisäisellä etiikalla tarkoitetaan kyseisen tieteenalan luotettavuutta ja totuudellisuutta, jolloin tarkastelun kohteena on tutkimuskohde, tavoitteet ja koko tutkimusprosessi. Perusvaatimuksena on, ettei tutkimusaineistoa keksitä tyhjistä tai väärennetä. Sisäiseen etiikkaan kuuluvat myös säännökset siitä, miten tutkimuksen tuloksia raportoidaan, kenen aineistot kuuluvat tutkimukseen ja ketkä osallistuvat kirjoittamiseen. Omien perusteiden ja toimintatapojen arviointi erilaisista näkökulmista on edellytys tieteen kriittisyydelle. Tieteen ulkopuoliseen etiikkaan kuuluu esimerkiksi se miten kiinnostuneita rahoittajat ovat tukemaan tietäntyyppistä tutkimusta ja miten ulkopuoliset seikat vaikuttavat tutkimusaiheen valintaan ja siihen miten asiaa tutkitaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 172-173.)

Tutkimusaiheen valinta on jo tutkijan tekemä eettinen ratkaisu. Tutkijan on mietittävä mikä on aiheen yhteiskunnallinen merkitys ja miten tutkimus vaikuttaa osallistuviin. Hyödyllisyyden tulee olla tutkimusetiikan periaatteena ja tutkimuksen lähtökohtana. Tutkimusetiikan mukaan on tutkijan pyrittävä minimoimaan tarpeettomat haitat ja epämukavuuksien riskit. Tutkimukseen osallistuvien potilaiden ja asiakkaiden itsemääräämisoikeus on yksi osallistumisen lähtökohdista. Kaikessa tutkimustoiminnassa on turvattava osallistumisen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta. Tutkittavalle on varattava mahdollisuus esittää kysymyksiä, keskeyttää tutkimus ja kieltäytyä tietojen antamisesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 176-177.) Eettisesti hyvän tutkimuksen edellytys on, että tutkimuksenteossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2008, 23).

Tutkittavan on tiedettävä mikä tutkimuksen luonne on ja hänen osallistumisensa tulee perustua tietoiseen suostumukseen. Tutkijan on selvitettävä tutkittavalle oma eettinen vastuunsa ja annettava rehellisesti tietoa mahdollisista hyödyistä ja haitoista. Tutkijan on myös selvitettävä tutkittavalle tutkimuksen aineiston säilyttäminen ja tutkimuksen tulosten julkaiseminen. Oikeudenmukaisuus tutkimustyössä edellyttää, että tutkittaviksi valikoituvat ovat tasatarvoisia ja että heidän kulttuurisia uskomuksiaan ja elämäntapaansa kunnioitetaan. Tutkimustyössä on anonymiteetti keskeinen huomioitava asia, tämä tarkoittaa sitä, ettei tutkimustietoja luovuteta ulkopuolisille. Aineisto on säilytettävä lukitussa paikassa tai tietokoneella salasalla suojattuna. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 178-181.)

Tutkimuslupaa haettaessa on syytä selvittää, saako organisaation tai tutkimukseen osallistuvien osastojen nimiä mainita tutkimusraportissa. Ellei osaston nimeä saa mainita, on erityisesti opinnäytetöissä syytä varmistaa, ettei tutkimuslupan myöntäjän nimi näy liitteenä olevassa tutkimuslupalomakkeessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 178-181.) Tämän opinnäytetyön työelämän edustajalta olemme kysyneet ja saaneet luvan käyttää hänen nimeään opinnäytetyössä ja lähdeviittauksissa.

Tutkimuskäytännöt organisaatioissa vaihtelevat, mutta yleensä lupa tutkimusta varten haetaan ylihoitajalta tai johtavalta lääkäriltä. Tutkimuslupa ja tutkimukseen osallistuvien suostumus tarvitaan aina, mutta hoitohenkilökuntaa haastatellessa ei yleensä tarvita eettisen toimikunnan lausuntoa. Tutkimuseettiset toimikunnat koostuvat yleensä hoitotyön ja terveydenhuollon ammattilaisista ja heidän tehtävänsä on arvioida potilaisiin ja asiakkaisiin kohdistuvien tutkimusten eettisyyttä. Tutkimusraportissa tulisi ilmoittaa eettisen toimikunnan lausuntonumero. Tutkijan tulee perehtyä kohdeorganisaation lupamenettelyyn ja toimia ohjeiden mukaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 178-181.)

Kaikissa tutkimustyön vaiheissa on pyrittävä rehellisyyteen. Lähdeviitteiden oikeellisuuteen tulee kiinnittää huomiota jo opinnäytetyön alkuvaiheista lähtien. Tekstin plagioiminen on luvaton ja aina toisen tekstiä käytettäessä on lainaus osoitettava lähdemerkinnällä. Lainaukset on osoitettava myös asiasisältöjä lainattaessa. Tutkijan ei pidä myöskään plagioida omia tutkimuksiaan siten, että muuttaa vain osaa aiemmasta tutkimuksestaan ja esittää asian uutena tutkimuksena. Tutkimustulosten tulee perustua faktaan, eikä niitä saa kaunistella tai yleistää. Raportoinnin on oltava huolellista ja käytetyt menetelmät totuudenmukaisia, havaintoja ei saa muuttaa niin, että tutkimuksen tulos muuttuu. Hyvän tutkimuksen tekeminen on vaativa tehtävä, jossa on otettava riittävästi huomioon eettiset näkökohdat. (Hirsjärvi ym. 2008, 25-27.)

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat monet tekijät kuten tutkijan toiminta ja miten tutkittava ilmiö on tavoitettu. Luotettavuuskysymykset liittyvät myös siihen millaiset tutkijan taidot ja hänen oivalluskykynsä ovat, sillä ne liittyvät oleellisesti aineiston laatuun ja analyysiin. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36.) Tutkimuksessa, joka on tehty laadullisella tutkimusmenetelmällä, ei voi eritellä tutkimuksen luotettavuutta ja tutkimuksen toteuttamista toisistaan erillisinä toimintoina. Luotettavuuden kriteeri laadullisessa tutkimuksessa on tutkija ja hänen luotettavuutensa ja rehellisyytensä. Luotettavuuden arviointia tulee tehdä koko tutkimuksen ajan, jokaisen tehdyn ratkaisun kohdalla. (Vilkkä 2005, 158-159.)

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen arviointiin ei ole olemassa yhtä selkeitä arviointiperusteita kuin kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa vaikuttaa tutkijan näkemys, omat tunteet ja painotukset tutkimustulokseen. (Nieminen 1997, 215.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on peruslähtökohtana kuvata todellisuutta ja siinä on otettava huomioon, että elämä on moninaista eikä asioita aina voi pilkkoa osiin. Koska eri asiat vaikuttavat kokonaisuuteen, tulisi kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskittyä mahdollisimman suuriin kokonaisuuksiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 156-157.) Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin yhteydessä käytetään ajoittain reliabiliteettia ja validiteettia vaikka ne kuuluvat varsinaisesti kvantitatiivisen tutkimuksen tarkastelun näkökulmiin. Validiteetilla eli pätevyydellä mitataan tutkimuksessa sitä, miten hyvin on mitattu sitä mitä oli tarkoitus mitata ja reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten luotettavuutta ja pysyvyyttä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytettäviä luotettavuuden kriteerejä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuuden edellytyksenä on, että tulokset on kuvattu selkeästi ja lukijan on helppo ymmärtää mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset sekä miten analyysi on tehty. Siirrettävyyden kannalta on tärkeää, että tutkimuksen prosessi on kuvattu huolellisesti, osallistujien valinnat ja taustat on selvitetty sekä että aineiston keruu ja analysointi on tarkasti kuvattu. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 159-160.)

Laadullisten tutkimusten raporteissa esitetään usein suoria lainauksia haastatteluteksteistä, jotta varmistetaan tutkimuksen luotettavuus, mutta siinä tulee ottaa huomioon etiikan näkökulma, jonka mukaan tutkimuksen osallistujaa ei saa tunnistaa esimerkiksi murre ilmaisujen perusteella. Suositeltava tapa tämän välttämiseen olisi muokata alkuperäislainaukset yleiskielelle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 159-160.)

7.3 Oman opinnäytetyömme luotettavuus

Oman opinnäytetyön pätevyyttä voidaan tarkastella miettimällä, olemmeko onnistuneet tekemään selkeäkieliset potilasohjeet aikuiselle, tyypin 2 diabetesta sairastavalle potilaalle. Opinnäytetyön luotettavuutta voitaneen pohtia miettimällä, ovatko valmiit potilasohjeemme riittävän selkeitä ja informatiivisia. Työelämän edustajalta, joka toimi opinnäytetyömme ohjaajana, olemme saaneet arvokasta palautetta potilasohjeista ja olemme muokanneet niitä saamamme palautteen perusteella. Toimitimme valmiin opinnäytetyön työelämän ohjaajalle, ohjaavilta opettajilta luvan saatuaamme.

Opinnäytetyön liitteenä on arviointilomake, jonka avulla voidaan kartoittaa potilasohjeiden toimivuutta käytännössä ja mahdollista jatkokehitystarvetta. Arviointilomaketta apuna käyttäen selvitetään miten potilasohjeet ovat tukeneet ryhmässä annettavaa ohjausta sekä miten potilasohjeiden saatavuus on vaikuttanut ryhmäohjausmenetelmän käyttöön potilasohjauksessa. Lisäksi arviointilomakkeella selvitetään kahden puuttuvan ryhmäohjausaiheen potilasohjeen tarpeellisuutta.

Olemme opinnäytetyön tekijöinä vastuussa itsellemme, ohjaaville opettajille, ammattikorkeakoululle, yhteistyökumppaneille ja työyhteisölle sekä potilaille tutkimuksen eettisistä ratkaisuista. Olemme myös vastuussa tietojen oikeellisuudesta niin kirjallisen opinnäytetyön, kuin tekemiemme potilasohjeiden osalta. Käytimme vain luotettavina pitämiämme lähteitä, mikä lisää sekä opinnäytetyömme luotettavuutta että eettisyyttä.

Olemme käyttäneet tiedonhaussa koulun informaation asiantuntemusta avuksi, mikä myös omalta osaltaan lisää opinnäytetyömme luotettavuutta.

Lähteet

- Brown, L. & Wigington, P. 2012. Plain language summaries: A new EHS-net tool to share our published findings. *Journal of environmental health* 2/2012, 30-31. Viitattu 22.3.2013
<http://web.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=65bb1e0b-c8c4-4cc0-8044-51d1e1e90849%40sessionmgr115&vid=4&hid=113>
- Diabetesliitto. 2008. Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008. Joensuu:Punamusta Oy.
- Diabetesliitto. 2013. Ruokakolmio ja lautasmalli. Viitattu 10.8.2013.
http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/ruoka/diabeetikolle_sopiva_syominen/ruokakolmio_ja_lautasmalli
- Douglas, K., Smith, B., Parker, B., Mehr, H., Ruud, K., Hathaway, J., Behrenbeck, J., O'Brien, M., Smith, S. & M.D. 2011. The case for plain language. *Patient education management* 07/2011, 1-4.
<http://web.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=65bb1e0b-c8c4-4cc0-8044-51d1e1e90849%40sessionmgr115&vid=4&hid=113>
- Heikkinen, K. 2013. Lääkehoidon ohjaus. Teoksessa Ranta, I. (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2013 Sairaanhoidaja & lääkehoito*. Helsinki: Fioca Oy.
- Heinonen, L. 2011. Diabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M.-L. & Sane, T. (toim.) *Ravinnon ja ravintoaineiden tarve*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki:Tammi.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2010. *Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö*. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? *Duodecim* 2005;121:1769-1773.
- Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M.-L. & Sane, T. (toim.) 2011. *Diabetes*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Ilanne-Parikka, P. 2011. *Metabolic syndrome. Lifestyle intervention in subjects with impaired glucose tolerance*. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kokko, K. 2010. Keski-ikä määrittelyä ja kuvailua. Teoksessa Pulkkinen, L & Kokko, K. (toim.) *Keski-ikä elämänvaiheena*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston psykologian laitos.
- Käypä hoito. 2011. Diabetes. Viitattu 30.11.2012.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=diabetes
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. *Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö*. Helsinki:WSOY.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY.
- Laurea. 2012a. Pumppu-hanke/ Laurean osahanke. Viitattu 4.12.2012.
<http://www.laurea.fi/fi/cofi/hankkeet/Sivut/pumppu.asp>
- Laurea. 2012b. *Laurea Lohjan opinnäytetyön käytänteet*. Laurea ammattikorkeakoulu.

- Mansikkamäki, A. 2013. Diabeteshoitajan haastattelu. 12.3.2013. Henkilökohtainen tiedonanto. Lohja.
- Mansikkamäki, A. 27.11.2012, 30.11.2012, 25.02.2013 & 25.04.2013. Sähköposti. Lohja.
- Marttila, J. 2010. Näkökulmia ryhmäohjaukseen. Diabetes ja lääkäri. 2010;4:28-32.
- Mustajoki, P. 2011. Miten kirjoitan yleistajuisesti lääketieteestä? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 16.4.2013
http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99724&p_haku=miten%20kirjoitan%20yleistajuisesti%20lääketieteestä
- Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Niinistö-Sivuranta, S. & Meristö, T. 2013. Kurkistuksia tulevaisuuteen Pumppu-hankkeen kautta. Kehittäjä Prime Mover 2013;1:12-13.
- Niskanen, L. 2011. Mitä diabetes on? Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M.-T., Sane, T. (toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Ohma, T. & Salonen, K. 2013. Arvosta potilasta ja itseäsi - ja hoidonohjaus onnistuu. Diabetes ja lääkäri 1/2013/helmikuu:30-31.
- Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. 2012. Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla. Tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Perusturvakuntayhtymä Karviainen. 2012. Tukena elämässä. Viitattu 5.11.2012.
<http://www.karviainen.fi/>
- Rintala, T.-M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. 2008. Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Rönnemaa, T. 2011. Diabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M.-L. & Sane, T. (toim.) Liikunta tyyppin 2 diabeteksessa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Saraheimo, M. 2011. Mitä diabetes on? Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M.-T., Sane, T. (toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Savioja, H. 2005. Suuret ikäluokat keski-ikässä - työssä vai eläkkeelle? Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 80. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Tarnanen, K., Tikkanen, M., Syväne, M. & Kukkonen-Harjula, K. 2013. Dyslipidemiat kuriin potilaan ja lääkärin yhteistyöllä. Terveyskirjasto. Viitattu 2.8.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00047
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- Tuohimaa, H & Meristö, T. 2012. Laurea. Pumppu-hanke. Laurean osahanke. Vuosiseminaari 5.9.2012. Viitattu 15.8.2013.
<http://www.laurea.fi/fi/cofi/hankkeet/Documents/Pumppu%20hanke-esittely.pdf>
- Viestintää kaikille. 2012. Saavutettavan viestinnän opas kulttuuritoimijoille. Salo Outi (koonnut). Helsinki: Kulttuuria kaikille palvelu.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Kuviot

Kuvio 1: Saumaton hyvinvointipolku (Tuohimaa ja Meristö 2012)

Kuvio 2: Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

Kuvio 3: Diabeteksen hoidon yleiset tavoitteet

Kuvio 4: Ruokakolmio (Diabetesliitto ja Suomen Sydänliitto ry 2013)

Kuvio 5: Juurruttamisen vaiheet (Ora-Hyytiäinen ym. 2012)

Kuvio 6: Opinnäytetyöprosessin eteneminen

Liitteet

Liite 1. Diabetesohje

Diabetes

Diabetes on aineenvaihdunnan häiriö, joka nostaa verensokeria. Elimistösi solut tarvitsevat insuliinia käyttääkseen veressäsi olevaa sokeria hyväkseen. Verensokerisi nousee koska elimistösi ei tuota riittävästi insuliinia tai insuliinin teho on heikentynyt.

Korkean verensokerin aiheuttamat oireet:

- Väsymys
- Janon tunne
- Virtsamisen tarve lisääntyy
- Päänsärky tai jalkasärky
- Mielialamuutokset
- Näkö heikkenee

Sinun on tärkeä seurata näitä arvoja:

- Verensokeri ennen ateriaa alle 6
- Verensokeri 2 tuntia aterian jälkeen korkeintaan 8
- Verenpaine alle 130/80

Omahoitosi tärkeät asiat ovat seuraavat seikat:

- Syö terveellisesti
- Liiku säännöllisesti
- Ota lääkkeet ohjeen mukaisesti
- Mittaa verensokerisi sovitusti
- Vältä tupakointia
- Laihduta jos sinulla on vyötärölihavuutta
- Iloitse onnistuneesta omahoidostasi

Liite 2. Ruokailu- ja liikuntaohje

Ruokailu ja liikunta

Terveellisen syömisen perusteet

- Käytä apuna lautasmallia lounaalla ja päivällisellä.
- Syö säännöllisesti pitääksesi verensokeritasosi tasaisina: aamupala, lounas, välipala, päivällinen ja iltapala.
- Suosi runsaskuituisia, vähärasvaisia, vähäsuolaisia ja vähäsokerisia tuotteita.
- Pidä ruokailuistasi ruokapäiväkirjaa.

Ruoka-aineryhmät

- Hedelmät ja vihannekset: Näistä saat vitamiineja ja kivennäisaineita. Syö sellaisenaan tai aterian lisukkeena.
- Peruna ja viljatuotteet: Sisältävät paljon kuituja ja vähän rasvaa. Syö näitä päivittäin monipuolisesti.
- Liha ja kala: Sisältävät paljon proteiinia. Syö kalaa pääruokana vähintään 2-3 kertaa viikossa.
- Maitotuotteet: Sisältävät paljon kalsiumia. Käytä päivittäin kohtuullisesti.
- Pehmeät rasvat: Näitä ovat margariini, rypsiöljy ja kala.

Liikunta

- Sopivia liikuntamuotoja ovat esimerkiksi kävely, hölkkä, pyöräily, uinti ja hiihto.
- Liiku säännöllisesti, jo 30 minuuttia liikuntaa päivässä on hyväksi terveydellesi.
- Valitse liikuntamuoto omien mieltymystesi mukaan.
- Myös hyötyliikunta on hyvää liikuntaa.
- Liikunta auttaa korjaamaan verensokeritasoja.

Liite 3. Arviointilomake

Potilasohjeiden kehittäminen
Potilasohjeiden toimivuuden arviointi

Arvoisa diabeteshoitaja

Pyydämme sinua arvioimaan oman kokemuksesi perusteella diabetespotilasohjeiden kehittämisprojektissa tuotettujen potilasohjeiden toimivuutta käytännössä. Potilasohjeet tuotettiin yhteistyössä perusturvakuntayhtymä Karviaisen alueen diabeteshoitajien edustajan kanssa. Kehitystyön tavoitteena oli tuottaa kaksi selkeäkielistä potilasohjetta ryhmäohjauksen tueksi. Ohjeet oli tarkoitettu jaettavaksi potilaalle kotiin mukaan ryhmäohjauksen jälkeen.

1. Miten potilasohjeet ovat tukeneet ryhmässä annettavaa ohjausta?

2. Miten potilasohjeiden saatavuus on vaikuttanut ryhmäohjausmenetelmän käyttöön potilasohjauksessa?

3. Miten toivoisit laadittuja potilasohjeita kehitettävän?

4. Koetko tarpeelliseksi saada selkeäkieliset potilasohjeet "Insuliinihoidon aloittaminen" ja "Diabetes osana elämää" -ryhmäohjausaiheisiin?

Kiitos arvioinnistasi!